



Vård- och omsorgsnämnden

**Ledamöter**

Per-Arne Öhman (M), Ordförande  
Eva Staake (S), 1:e vice ordförande  
Kjell Dufvenberg (L)  
Helene Cranser (S)  
Ingrid Andersson (S)  
Paul Ohvanainen (SD)  
Lisbeth Bolin (C)

**Ersättare**

Carl Adam Embretsén (KD)  
Lilly-Ann Strömberg (S)  
Catherine Öhrqvist (M)

**Vård- och omsorgsnämnden** kallas till sammanträde

Dag och tid      tisdagen den 04 oktober 2022, kl. 18:00

**kaffe och smörgås serveras från 17:30**

Plats              Övergransalen, Kommunhuset, Bålsta

**Ärenden**

1. Mötets öppnande och anmälan av övriga frågor  
Dnr 2022/00001
2. Systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM, 2022  
Dnr 2022/00072, föredragande Carina Wiman, HR-partner
3. Avvikelse rapport hälso- och sjukvård år 2022  
Dnr 2022/00068, föredragande Monica Lundqvist, medicinskt ansvarig för rehabilitering
4. Avvikelse rapport SoL och LSS år 2022  
Dnr 2022/00069, föredragande, Sarah Wenne, verksamhetsutvecklare
5. Muntlig information: Utredning enligt Lex Sarah i verksamhet Hemtjänst Grön  
Dnr 2022/00063, föredragande Sofia Claesson, avdelningschef
6. Delårsuppföljning per augusti år 2022  
Dnr 2022/00006, föredragande Emma Fahlström, controller och Erik Johansson, förvaltningschef
7. Motion: Nytt flyktingpolitiskt program  
Dnr 2022/00052
8. Utredning av fixartjänst för personer under 65 år  
Dnr 2020/00043
9. Rapportering ej verkställda gynnande beslut, kvartal 2, år 2022  
Dnr 2022/00009
10. Ändrat lokalbehov  
Dnr 2022/00046
11. Utökad investeringsbudget  
Dnr 2020/00059
12. Information från förvaltningen  
Dnr 2022/00002
13. Redovisning av anmälningsärenden  
Dnr 2022/00004
14. Redovisning av delegationsbeslut  
Dnr 2022/00003



HÅBO  
KOMMUN

KALLELSE

Datum  
2022-09-27

Vård- och omsorgsnämnden

15. Övriga frågor  
Dnr 2022/00010

---

Per-Arne Öhman  
Ordförande

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens kansli  
Wilma Karlsson, Nämndsekreterare

wilma.karlsson@habo.se

## **Mötets öppnande och anmälan av övriga frågor**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att utse Eva Staake (S) till justerare av dagens protokoll.
2. Vård- och omsorgsnämnden godkänner 7 oktober 2022, klockan 15:30 att justera protokollet.
3. Vård- och omsorgsnämnden fastställer dagordningen med eventuellt tillägg av övriga frågor.

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden öppnar dagens sammanträde med kontroll av närvaro. Vård- och omsorgsnämnden utser Eva Staake (S) till justerare av dagens protokoll och godkänner därefter förslaget att justera den 7 oktober 2022, klockan 15:30. Eventuella övriga frågor anmäls, därefter godkänns dagordningen.

### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse nr 6475, daterad 2022-09-13

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens kansli  
Carina Wiman, HR-partner

Carina.wiman@habo.se

## Årlig uppföljning i det systematiska arbetsmiljöarbetet, SAM

### Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden tackar för informationen och uppdrar åt förvaltningen att åtgärda identifierade brister samt återrapportera till nämnden.

### Sammanfattning

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift (2001:1) ska arbetsgivaren minst en gång per år följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) inom sin organisation. Under 2020 och 2021 konstaterades, i samband med intern revision samt inspektion från Arbetsmiljöverket, stora brister i det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) i kommunen. En av bristerna som Arbetsmiljöverket konstaterade hösten 2021 var att kommunövergripande rutiner för årlig uppföljning av SAM saknades, och att ingen årlig uppföljning gjorts. Under juni-augusti 2022 har årlig uppföljning av SAM har gjorts inom vård- och omsorgsnämnden på enhetsnivå, och har sedan sammanställts och analyserats på förvaltningsnivå.

Resultatet av den årliga uppföljningen av SAM visar att verksamheterna i vård- och omsorgsnämnden har ett arbete framför sig för att få till ett fullt fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete. De främsta anledningarna till detta är dels att det systematiska arbetsmiljöarbetet är ett arbete som nyligen påbörjats i kommunen. Verksamheterna i nämnden har även flera nya chefer. Av 18 enhetschefer så är 9 nya under 2022. Av dessa har merparten inte hunnit gå BAM-utbildningen än, utan kommer att göra det under hösten 2022. En ytterligare anledning är att det saknas mål inom OSA.

Planerade åtgärder:

- Nämnden sätter mål för OSA.
- Färdigställande av rutiner inom SAM samt implementering av dessa
- BAM-utbildning för nya chefer (genomförs under hösten 2022)
- Framtagande av introduktion för nyanställda
- Workshops på enhets- eller avdelningsnivå med cheferna för att på verksamhetsnivå jobba med åtgärder

### Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### Barnperspektivet

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### Näringslivsperspektivet

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Det årliga systematiska arbetsmiljöarbetet är ett löpande arbete som är indelat kvartalsvis, återrapportering kommer ske till nämnd ske därefter.

### **Beslutsunderlag**




- Denna tjänsteskrivelse, daterad 2022-09-12
- Återrapportering, Sammanställning av SAM, daterad 2022-09-12
- Bilaga, sammanställning resultat SAM




---

### **Beslut skickas till**

Kommunens centrala HR-avdelning

## Årlig uppföljning – Systematisk arbetsmiljö (SAM) – 2022 (Vård- och omsorgsnämnden)

Delar i SAM att följa upp	Svar, Antal	Åtgärd	Ansvarig	Klart	Uppföljning	Övrigt
1. Jag som chef har fått en delegering för arbetsmiljöuppgifter från överordnad chef (eller från nämnd - förv.chef)	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: red;">■</span> Nej 8 (st)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 1 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 24 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
2. Jag som chef med ansvar för arbetsmiljöuppgifter har tillräckliga befogenheter för uppgifterna	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: red;">■</span> Nej 1 (st)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 6 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 27 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
3. Jag som chef med ansvar för arbetsmiljöuppgifter har tillräckliga resurser för uppgifterna	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 9 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 25 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
4. Jag som chef med ansvar för arbetsmiljöuppgifter har tillräcklig kunskap för uppgifterna när det handlar om hur man förebygger och hanterar ohälsosam arbetsbelastning	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 7 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 34 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 11 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
5. Jag som chef med ansvar för arbetsmiljöuppgifter har tillräcklig kunskap för uppgifterna när det handlar om hur man förebygger och hanterar kränkande särbehandling	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 7 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 26 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 5 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
6. Medarbetarna på enheten/arbetsplatsen har tillräckliga kunskaper om riskerna i arbetet, och hur de ska kunna utföra arbetet säkert	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 9 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 25 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
7. Vid behov anlitar vi företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp på enheten/arbetsplatsen	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 2 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 32 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			


Delar i SAM att följa upp	Svar, Antal	Åtgärd	Ansvarig	Klart	Uppföljning	Övrigt
8. Vi känner till och tillämpar rutinerna för undersökning och riskbedömning utifrån kommunens beslutade årshjul SAM	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 14 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 20 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
9. Vi känner till och tillämpar rutinerna för undersökning och riskbedömning om något har hänt akut	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: red;">■</span> Nej 3 (st)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 7 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 24 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
10. Vi känner till och tillämpar rutinerna för undersökning och riskbedömning utifrån förändringar i verksamheten	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 1 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 5 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
11. Vi för in de åtgärder utifrån SAM som inte kan genomföras omgående i skriftliga handlingsplaner	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: red;">■</span> Nej 7 (st)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 12 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 15 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
12. Vi gör löpande uppföljningar för att undersöka om genomförda åtgärder utifrån SAM har fått avsedd effekt	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: red;">■</span> Nej 8 (st)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 9 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 17 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
13. Vi känner och tillämpar rutinerna för anmälan om ohälsa, tillbud och arbetsskador vid behov	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 5 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 29 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
14. Jag som ansvarig chef har vid behov anmält allvarliga tillbud och olycksfall till Arbetsmiljöverket	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 7 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 27 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
15. Vi känner till och tillämpar rutinerna gällande alkohol och droger vid behov	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: yellow;">◆</span> Delvis 9 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 25 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			

Delar i SAM att följa upp	Svar, Antal	Åtgärd	Ansvarig	Klart	Uppföljning	Övrigt
16. Vi känner till och tillämpar rutinerna gällande rehabilitering och arbetsanpassning vid behov	<p>● Ja (Eget)</p> <p>■ Nej 2 (st)</p> <p>◆ Delvis 11 (st)</p> <p>● Ja 21 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
17. Vi känner till och tillämpar rutinerna gällande hot och våld vid behov	<p>● Ja (Eget)</p> <p>◆ Delvis 18 (st)</p> <p>● Ja 16 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
18. Vi känner till och tillämpar rutinerna gällande ensamarbete vid behov	<p>● Ja (Eget)</p> <p>◆ Delvis 10 (st)</p> <p>● Ja 24 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
19. Vi känner till och tillämpar rutinerna gällande första hjälpen och krisstöd vid behov	<p>◆ Delvis (Eget)</p> <p>■ Nej 4 (st)</p> <p>◆ Delvis 21 (st)</p> <p>● Ja 9 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
20. Vi känner till och tillämpar rutinerna gällande gravida och ammande vid behov	<p>● Ja (Eget)</p> <p>■ Nej 4 (st)</p> <p>◆ Delvis 1 (st)</p> <p>● Ja 29 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
21. Vi känner till och tillämpar rutinerna gällande kränkande särbehandling vid behov	<p>● Ja (Eget)</p> <p>◆ Delvis 11 (st)</p> <p>● Ja 23 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
22. Vi känner till och tillämpar rutinerna gällande lagstyrda medicinska kontroller vid behov	<p>● Ja (Eget)</p> <p>■ Nej 2 (st)</p> <p>◆ Delvis 6 (st)</p> <p>● Ja 26 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
23. Vi har rutiner för introduktion av nyanställda som vi tillämpar vid behov	<p>● Ja (Eget)</p> <p>◆ Delvis 10 (st)</p> <p>● Ja 24 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			



Delar i SAM att följa upp	Svar, Antal	Åtgärd	Ansvarig	Klart	Uppföljning	Övrigt
24. Våra introduktionsrutiner innefattar information om rutiner och/eller instruktioner för att motverka och förhindra ohälsa och olycksfall i arbetet	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: red;">■</span> Nej 8 (st)</li> <li><span style="color: orange;">◆</span> Delvis 11 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 15 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
25. Chefer, medarbetare och skyddsombud känner till lagar och regler för arbetsmiljön, samt Arbetsmiljöhandboken i Håbo kommun	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: orange;">◆</span> Delvis 17 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 17 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
26. Chefer, medarbetare och skyddsombud har kunskap om vilka förhållanden som skapar en god arbetsmiljö	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: orange;">◆</span> Delvis 2 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
27. Vi gör årlig uppföljning av hur SAM fungerat inom enheten/arbetsplatsen	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: red;">■</span> Nej 2 (st)</li> <li><span style="color: orange;">◆</span> Delvis 15 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 17 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
28. Vi har rutiner för årlig uppföljning SAM som innefattar att medarbetarna getts möjlighet att medverka	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: orange;">◆</span> Delvis 18 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 16 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
29. Vi har rutin för årlig uppföljning av SAM som innefattar att skyddsombud getts möjlighet att medverka	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: orange;">◆</span> Delvis 10 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 24 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
30. Vi har rutin för årlig kontroll att medarbetarna har tillräckliga kunskaper om riskerna i arbetet så att de kan utföra arbetet säkert	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: red;">■</span> Nej 2 (st)</li> <li><span style="color: orange;">◆</span> Delvis 16 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 16 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			
31. Vi har rutin för årlig uppföljning gällande att löpande undersökningar och riskbedömningar görs	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Ja (Eget)</li> <li><span style="color: red;">■</span> Nej 1 (st)</li> <li><span style="color: orange;">◆</span> Delvis 18 (st)</li> <li><span style="color: green;">●</span> Ja 15 (st)</li> <li><span style="color: black;">■</span> Ej besvarad 4 (st)</li> </ul>		Erik Johansson			

Delar i SAM att följa upp	Svar, Antal	Åtgärd	Ansvarig	Klart	Uppföljning	Övrigt
32. Vi har rutin för att årlig uppföljning görs gällande hur utredningar av ohälsa, olycksfall och tillbud har genomförts och fungerat	<p>◆ Delvis (Eget)</p> <p>■ Nej 1 (st)</p> <p>◆ Delvis 26 (st)</p> <p>● Ja 7 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
33. Vi har rutin för årlig uppföljning för kontroll av att vi skrivit handlingsplaner med åtgärder för de åtgärder som inte gjorts omedelbart	<p>◆ Delvis (Eget)</p> <p>■ Nej 9 (st)</p> <p>◆ Delvis 15 (st)</p> <p>● Ja 10 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson	📄		
34. Vi har rutin för årlig uppföljning för kontroll av huruvida genomförda åtgärder fått avsedd effekt	<p>◆ Delvis (Eget)</p> <p>■ Nej 10 (st)</p> <p>◆ Delvis 13 (st)</p> <p>● Ja 11 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
35. Vi har rutin för årlig uppföljning gällande om vi anlitat företagshälsovård, eller motsvarande sakkunnig hjälp vid behov	<p>● Ja (Eget)</p> <p>■ Nej 2 (st)</p> <p>◆ Delvis 4 (st)</p> <p>● Ja 28 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
36. Vi har rutin för årlig uppföljning gällande SAM inom förvaltningen	<p>● Ja (Eget)</p> <p>■ Nej 1 (st)</p> <p>◆ Delvis 2 (st)</p> <p>● Ja 31 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
37. Vi har kontinuerlig dialog kring arbetsmiljön och arbetsmiljöarbetet på våra APT-möten	<p>● Ja (Eget)</p> <p>● Ja 34 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
38. Vi har kontinuerlig samverkan kring SAM med skyddsombud	<p>● Ja (Eget)</p> <p>■ Nej 4 (st)</p> <p>◆ Delvis 4 (st)</p> <p>● Ja 26 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
39. Uppföljning av arbetsmiljöfrågor fungerar både uppåt och neråt i organisationen	<p>● Ja (Eget)</p> <p>◆ Delvis 14 (st)</p> <p>● Ja 20 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson	📄		

Delar i SAM att följa upp	Svar, Antal	Åtgärd	Ansvarig	Klart	Uppföljning	Övrigt
40. Vi har mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön inom enheten/arbetsplatsen	<p>◆ Delvis (Eget)</p> <p>■ Nej 8 (st)</p> <p>◆ Delvis 12 (st)</p> <p>● Ja 14 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
41. Våra mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön är kända på enheten/arbetsplatsen	<p>◆ Delvis (Eget)</p> <p>■ Nej 1 (st)</p> <p>◆ Delvis 21 (st)</p> <p>● Ja 12 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
42. Vi arbetar utifrån nämndens arbetsmiljömål (kommunens riktlinjer för SAM)	<p>◆ Delvis (Eget)</p> <p>◆ Delvis 19 (st)</p> <p>● Ja 15 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
43. Vi arbetar utifrån förvaltningens arbetsmiljömål (kommunens riktlinjer för SAM)	<p>● Ja (Eget)</p> <p>■ Nej 1 (st)</p> <p>◆ Delvis 8 (st)</p> <p>● Ja 25 (st)</p> <p>■ Ej besvarad 4 (st)</p>		Erik Johansson			
Har det genomförts egenkontroll av basala hygienrutiner inom verksamheten?	■					
Finns det hygienombud på enheten?	■					
Har det genomförts egenkontroll i form hygienrond på enheten?	■					
Har det genomförts egenkontroll läkemedel på enheten?	■					
Har det genomförts inspektion av lyftselar?	■					
Har det genomförts inspektion av lyftar?	■					
Har det genomförts inspektion av vådsängar på enheten?	■					
Har samtliga medarbetare fått genomgång av Lex Sarah/Lex Maria?	■					
Har det genomförts kontinuerliga lokala ledningsgruppsmöten?	■					
Har inventarieförteckning för enhetens basutrustning uppdaterats?	■					

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens kansli  
Carina Wiman, HR-partner  
0171-52723  
Carina.wiman@habo.se

## **Återrapportering Systematiska arbetsmiljöarbetet, SAM Socialförvaltningen**

### **Bakgrund**

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift (2001:1) ska arbetsgivaren minst en gång per år följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) inom sin organisation. Syftet med uppföljningen är att kontinuerligt undersöka och bedöma om arbetsmiljöarbetet bedrivs enligt den lagstiftning som reglerar det systematiska arbetsmiljöarbetet. Lagstiftningen grundar sig i sin tur på arbetsmiljö- och arbetshälsoforskning över tid, där faktorer som säkerhet, delaktighet, arbetsglädje, engagemang är väsentliga faktorer för en god arbetsmiljö och för att säkra bättre kompetensförsörjning. Att arbeta med ständiga förbättringar inom arbetsmiljöområdet är därmed viktigt både ur ett medarbetarperspektiv men också för att kommunen ska upplevas som en attraktiv arbetsgivare.

Under 2020 och 2021 konstaterades i samband med intern revision samt inspektion från Arbetsmiljöverket, stora brister i det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) i Håbo kommun. Kommunen har därför flera åtgärder att genomföra. En av bristerna som Arbetsmiljöverket konstaterade hösten 2021 var att kommunövergripande rutiner för årlig uppföljning av SAM saknades, och att ingen årlig uppföljning gjorts. Enligt de kommunövergripande riktlinjer och rutiner som finns beslutade i kommunens årshjul för SAM ska detta ske i december. Arbetsmiljöverkets återinspektion sker i oktober 2022, vilket därmed föranlett ett tidigareläggande av årets uppföljning för samtliga förvaltningar under juni-sep 2022.

Den årliga uppföljningen ska dokumenteras skriftligen och sker enligt metodiken för SAM, vilket innefattar att undersöka – analysera - riskbedöma – åtgärda – följa upp olika områden i arbetsmiljön. Metodiken visualiseras ofta som en cirkelprocess, där alla delar återkommer i ett löpande förbättringsarbete.



Undersökningen belyser vissa faktorer i arbetet som behöver riskbedömas genom att analysera om det finns risker för skada eller ohälsa för medarbetarna, och i sådant fall i vilken omfattning. Riskerna värderas således genom en tregradig skala, vilket är synligt i bifogad bilaga. En risk kan bedömas som obefintlig (grönmarkerad, som viss risk (gulmarkerad) eller allvarlig risk (rödmarkerad). I de fall en risk bedöms vara ”gul” ska åtgärder göras så långt det är möjligt, och i de fall en risk bedöms som ”röd” ska åtgärder göras omgående. Om det finns åtgärder som inte kan genomföras omgående ska dessa skrivas in i en handlingsplan där ansvarig för åtgärden ska finnas samt en tidsplan. Tidsplanen ska säga när en åtgärd beräknas vara genomförd, och när en uppföljning av åtgärden ska ske. Uppföljning av genomförda åtgärder är högst väsentligt i alla delar, för att analysera och diskutera huruvida åtgärden har gett den effekt som förväntades och önskades. Om inte, ska åtgärden utvecklas, fortsätta eller nya åtgärder tas fram som i sin tur ska följas upp. På så sätt är arbetsmiljöarbete ett föränderligt arbete där syftet alltid handlar om att ta bort risker eller i nästa steg minimera risker för skada och ohälsa bland medarbetarna. Kommunens checklista för årlig uppföljning SAM 2022 innefattar alla delar, både 43 frågor att undersöka och analysera, en gradskala för riskbedömning, handlingsplan med ansvarig och tidsplan (se bilaga).

Arbetet med den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet har bestått i att närmsta chef tillsammans med sitt skyddsombud har gått igenom checklistan för SAM. Även berörda medarbetare har involverats i detta arbete. I de fall arbetsplatsen saknar skyddsombud har medarbetare utsetts för att representera sin enhet.

Checklistans resultat med tidsplan och åtgärder samt plan för uppföljning ska även samverkas i närmaste samverkansgrupp. Ombud och medarbetare ska ha tillgång till uppföljningen för sin arbetsplats/enhet/avdelning, och det ska vara känt var underlagen sparas.

Riskbedömningarna har gjorts på enhetsnivå och har därefter aggregerats på förvaltningsnivå. Sammanställningen går därefter som en rapport med föreslagen handlingsplan till ansvarig nämnd. Därefter samlas förvaltningarnas rapporter och handlingsplaner till en kommungemensam rapport inklusive handlingsplan för år 2022.

Arbetet med SAM delas in i följande nio områden:

- Delegering av arbetsuppgifter
- Kunskap hos chefer och medarbetare
- Stöd från företagshälsovård
- Undersökning och riskbedömning
- Anmälan av olycksfall och tillbud
- Rutiner för löpande SAM
- Årlig uppföljning
- Samverkan, delaktighet och medinflytande
- Mål för arbetsmiljön

#### *Delegering av arbetsmiljöuppgifter*

Samtliga chefer inom Vård- och omsorgsnämnden som gått BAM-utbildningen (Bättre arbetsmiljö) anser sig ha tillräckliga befogenheter och kunskap för att kunna ta sitt ansvar och utföra de delegerade arbetsmiljöuppgifterna. Dock anger en fjärdedel av alla chefer att de inte upplever att de har resurser. Den resursbrist som nämns är lokalbrist.

#### *Kunskap hos chefer och medarbetarna*

Både chefer och medarbetare ska känna till lagar och regler kring arbetsmiljön och ha tillräckliga kunskaper om riskerna i arbetet samt hur man utför sitt arbete på ett säkert sätt. Introduktionsrutinerna ska innefatta information om rutiner och instruktioner för att motverka och förhindra ohälsa och olycksfall i arbetet. Kunskapen om detta ska även följas upp löpande för att utröna eventuella behov av kompetensutvecklingsinsatser.

Hälften av cheferna i vård- och omsorgsnämnden anger att chef, medarbetare och skyddsombud känner till lagar och regler för arbetsmiljön, samt Arbetsmiljöhandboken i Håbo kommun. Drygt två tredjedelar av cheferna anger att rutiner för introduktion för nyanställda finns och tillämpas. Majoriteten av cheferna anger att deras introduktionsrutiner delvis eller helt saknar information om rutiner och/eller instruktioner för att motverka och förhindra ohälsa och olycksfall i arbetet. En del enheter har lokala rutiner i form av t.ex. en pärm på arbetsplatsen med rutiner. På några enheter är det under framtagning.

Majoriteten av cheferna anger att medarbetarna har tillräckliga kunskaper om riskerna i arbetet och om hur de ska kunna utföra arbetet säkert.

Arbete med en kommunövergripande introduktion pågår samt kompletteras med introduktion på förvaltning/verksamhetsnivå. Introduktionsrutinerna ska innefatta information om rutiner eller instruktioner för att motverka och förhindra ohälsa och olycksfall i arbetet.

#### *Stöd från företagshälsovård*

Samtliga chefer inom Vård- och omsorgsnämnden tar stöd eller anlitar företagshälsovård vid behov.

#### *Undersökning och riskbedömning*

Gällande undersökning och riskbedömning av det systematiska

arbetsmiljöarbetet så speglar resultatet att detta är ett nyligen påbörjat arbete. Flera enheter inom Vård- och omsorgsnämnden har dessutom nya chefer, vilket innebär att dessa inte kommer hinna genomföra hela årshjulet för SAM under 2022. Sammantaget för detta område svarar drygt hälften av cheferna att de känner till och tillämpar rutinerna för undersökning och riskbedömning utifrån kommunens beslutade årshjul för SAM. Gällande uppföljning av SAM så svarar hälften av cheferna att de arbetar med att undersöka om genomförda åtgärder utifrån SAM har fått avsedd effekt.

Många anger att skriftliga handlingsplaner är något man kommer börja arbeta med under hösten 2022, tillsammans med skyddsombud. Och att detta ska tas upp löpande på APT.

#### *Anmälan av olycksfall och tillbud*

Samtliga chefer inom vård- och omsorgsnämnden verksamheter känner till och tillämpar rutinerna för anmälan om ohälsa, tillbud och arbetsskador, och de har vid behov har anmält allvarliga tillbud och olycksfall till Arbetsmiljöverket.

#### *Rutiner för löpande SAM*

Det löpande systematiska arbetsmiljöarbetet syftar till chefernas ansvar att löpande kontrollera och säkerställa arbetsmiljön i det dagliga arbetet. Detta innefattar att ständigt bedöma risker i det pågående arbetet samt hantera uppkomna behov av åtgärder. Rutiner för det löpande systematiska arbetsmiljöarbetet ligger under arbetsmiljöhandboken och är kommunövergripande. Centrala HR-enheten ansvarar för publicering av dessa rutiner. I skrivandes stund är upprättandet och publicering av de sista kompletterande rutinerna ett pågående arbete. När dessa publicerats kommer cheferna att förankra dessa rutiner bland sina medarbetare.

Vård- och omsorgsnämndens verksamheter kommer fortsätta implementeringen för att samtliga rutiner ska bli kända av både chef, medarbetare och skyddsombud samt tillämpa dessa vid behov. För att göra dessa kända hos medarbetare kommer chef informera om rutinerna för löpande SAM vid arbetsplatsträffar.

#### *Årlig uppföljning*

Uppföljningen av SAM görs för att kontrollera att arbetet fungerar som tänkt. Det som inte fungerar ska rättas till. Hälften av cheferna svarar att de har koll på de rutiner som finns upprättade och har kommit en bit på väg i sitt arbete med det systematiska arbetsmiljöarbetet. Medan hälften av cheferna anser sig delvis ha rutiner för årlig uppföljning. Här behöver ett fortsatt implementeringsarbete utvecklas inom nämndens samtliga verksamheter för att synliggöra och tydliggöra de rutiner som tagits fram. För att åtgärda att endast hälften av cheferna anser sig ha rutiner för årlig uppföljning, inför berörda chefer implementeringsarbetet under hösten 2022.

#### *Samverkan, delaktighet och medinflytande*

Samtliga chefer inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområden för

en kontinuerlig dialog kring arbetsmiljön och arbetsmiljöarbetet med medarbetarna på respektive arbetsplatsträffar.

Däremot svarar en fjärdedel att man inte har kontinuerlig samverkan med skyddsombud kring arbetet med SAM. Skälet till detta är att man saknar skyddsombud inom en del av vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Det kontinuerliga arbetet skulle förbättras med flera skyddsombud.

#### *Mål för arbetsmiljön*

Arbetsgivaren har ansvar för att det finns mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Målen ska syfta till att främja hälsa. Håbo kommun har en arbetsmiljöpolicy med mål. Dock saknas mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (OSA) inom vård- och omsorgsnämnden. Mindre än hälften av cheferna svarar att de har mål för OSA på enheten/arbetsplatsen. Och endast en tredjedel svarar att dessa mål är kända.

Kommunens riktlinjer säger att förvaltningar och nämnder ska ta fram mål för arbetsmiljön utifrån arbetsmiljöpolicy och lagstiftningen. I OSA finns numera en rättslig reglering om att arbetsgivaren ska ha mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön inom kommunen, (§7, AFS 2015:4). Utifrån detta föreslås nämnden ta fram mål för OSA.

#### **Åtgärder och handlingsplan**

Resultatet av den årliga uppföljningen av SAM visar på att verksamheterna i vård- och omsorgsnämnden ett arbete framför sig för att få till ett fullt fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete. Anledningen till det är flera. Dels så är det systematiska arbetsmiljöarbetet ett arbete som nyligen påbörjats i kommunen. Verksamheterna i nämnden har även flera nya chefer. Av 18 enhetschefer så är 9 nya under 2022. Av dessa har merparten inte hunnit gå BAM-utbildningen än, utan kommer att göra det under hösten 2022. En ytterligare anledning är att det saknas mål för bland annat OSA.

Planerade åtgärder:

- Nämnden sätter mål för OSA.
- Färdigställande av rutiner inom SAM samt implementering av dessa
- BAM-utbildning för nya chefer (genomförs under hösten 2022)
- Framtagande av introduktion för nyanställda
- Workshops på enhets- eller avdelningsnivå med cheferna för att på verksamhetsnivå jobba med åtgärder

#### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Informationen innebär inga ekonomiska konsekvenser

#### **Övriga frågeställningar och aspekter**

Informationen innebär inga övriga frågeställningar

#### **Åtterrapporering till nämnd**

Det årliga systematiska arbetsmiljöarbetet är ett löpande arbete som är indelat kvartalsvis samt årlig uppföljning, åtterrapporering kommer ske till nämnd ske därefter.



Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Monica Lundquist, Medicinskt ansvarig för  
rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

## **Avvikelse rapport hälso- och sjukvård år 2022**

### **Förslag till beslut**

1. Vård och omsorgsnämnden godkänner rapporten.

### **Sammanfattning**

Hantering av avvikelser är viktigt för att identifiera, upptäcka och förebygga misstag och är en grundläggande del i ledningssystemet. Två gånger per år redovisar förvaltningen avvikelser som inträffat inom kommunens hälso- och sjukvård. Rapporten är sammanställd utifrån rapporterade avvikelser januari-augusti 2022. Läkemedel och fall är de områden där flest avvikelser sker, vilket följer hur det ser ut på nationell nivå. Antalet avvikelser totalt sett har ökat i jämförelse med 2021. Ett fåtal avvikelser leder till allvarliga konsekvenser för patient och ingen avvikelse har lett till vårdskada. Inom hemtjänsten har det under sommarperioden varit ett mycket ansträngt läge vilket har inneburit betydande risker i patientsäkerhet och antalet läkemedelsavvikelser har ökat.

### **Ärendet**

Avvikelse rapport delår januari-augusti 2022

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6473, daterad 2022-09-13
- Avvikelse rapport delår januari-augusti VON 2022/00068 nr 6472, daterad 2022-09-13

Socialförvaltningen  
Staben  
MAS/MAR  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

## **Avvikelse rapport hälso-och sjukvård januari-augusti 2022.**

Socialförvaltningen  
Staben  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

<b>Avvikelse rapport hälso-och sjukvård januari-augusti 2022.</b>	<b>1</b>
Inledning	3
Sammanfattning totala antalet avvikelser på aggregerad nivå	3
<i>Redovisning per avvikelseområde</i>	4
Läkemedel	4
Fall	5
Trycksår	6
Hjälpmedel	6
Rehabilitering	6
Samverkan	7
Allvarliga händelser	7
Viktiga åtgärder för att stärka patientsäkerhet och minska risk för vårdskada	8
<i>Utförarverksamhet äldreomsorg</i>	9
Hemtjänst Kärnhuset	9
Buurtzorg	9
Särskilda boenden SoL inklusive korttids	9
<i>Utförarverksamhet LSS och socialpsykiatri</i>	10
Daglig verksamhet	10
Gruppboendestäder	11
Serviceboendestäder	11
Boendestöd	11
Personlig assistans	11

Socialförvaltningen  
Staben  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

## Inledning

Vi kan inte få ett system helt utan avvikelser och misstag men vi kan alla hjälpas åt att få vården säkrare. Det är därför viktigt att hela tiden arbeta med att identifiera, upptäcka och förebygga misstag. Avvikelsehanteringen är en grundläggande del i ledningssystemet (2011:9) för att förebygga brister i verksamhetens kvalitet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) anger att vårdgivaren ska utreda avvikelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada.

## Definitioner

- **Avvikelse:** Avvikande händelse som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp. Det kan röra en persons insatser, omsorg, vård och behandling, rutiner som inte följs, bristande åtkomst till system mm.
- **Klagomål/synpunkt:** Kan inkomma från brukare, närstående, personal, andra vårdgivare/myndigheter, rör brister i verksamhetens kvalitet

All personal inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera avvikelser, klagomål och synpunkter. Ansvarig chef har det yttersta ansvaret för att följa upp och åtgärda brister i verksamheten som avvikelser orsakat. Avvikelser som bedöms som allvarliga och som skulle kunna innebära vårdskada eller risk för vårdskada ska även bedömas av MAS eller MAR.

I chefsansvaret ligger också att sammanställa rapporterade avvikelser regelbundet och återkoppla till personal och att använda resultatet som ett underlag för förbättringsarbete i verksamheten. Två gånger per år ska verksamheten även göra en analys över inträffade avvikelser. I del som beskriver utförarverksamhet äldreomsorg och LSS och socialpsykiatri återfinns verksamhetens analyser.

## Sammanfattning totala antalet avvikelser på aggregerad nivå

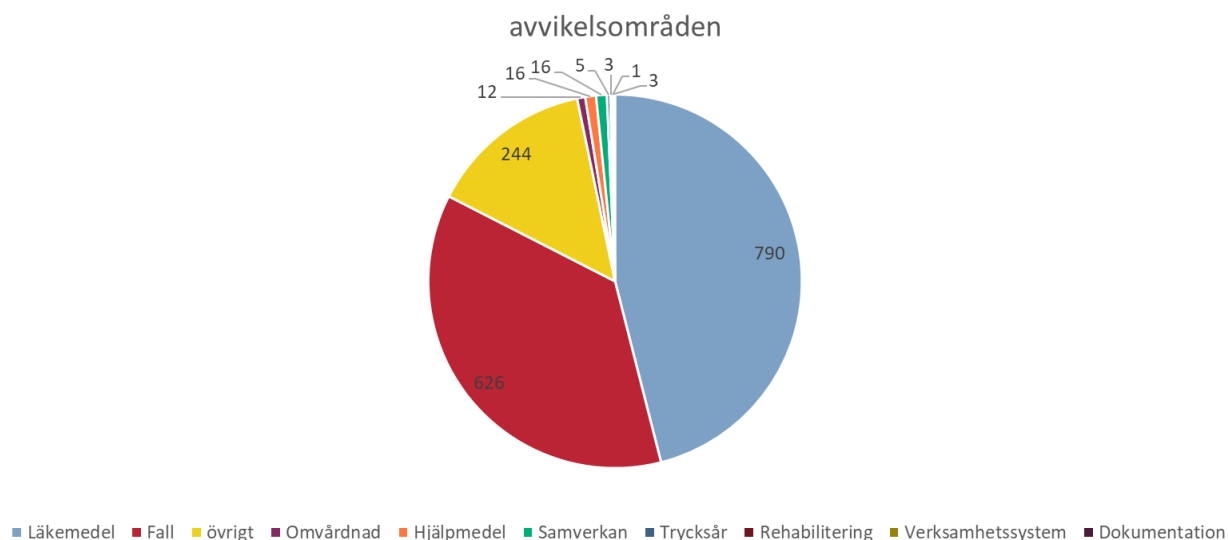
Totalt har ca 1700 hälso-och sjukvårdsavvikelser rapporterats, i det ryms även klagomål och synpunkter som inkommit (44st). I jämförelse med förra året så har antal rapporterade avvikelser ökat. Under 2021 rapporterades 1430 avvikelser inom hälso-och sjukvårdsområdet under samma period. Ökningen har delvis sin förklaring i det stora antalet avvikelser som inträffat inom hemtjänsten under sommarperioden. Allvarlighetsgrad och sannolikhet ska bedömas som en del i utredningen enligt matris,<sup>1</sup> ca 1000/1700 (58 %) avvikelser har bedömts (2021 850/1400 (60 %))

---

<sup>1</sup> Allvarlighetsgrad och sannolikhet matris, rutin avvikelsehantering

Socialförvaltningen  
Staben  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

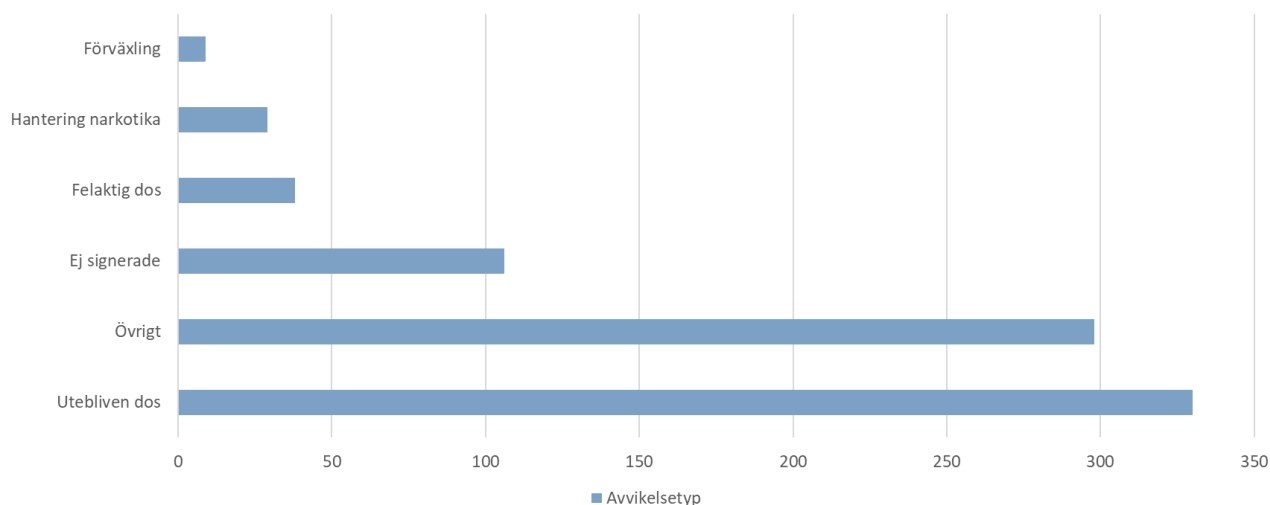
De största avvikelseområdena är läkemedel och fall vilket följer samma mönster som i övriga landet. Nedanstående bild visar fördelningen på olika rapporterade avvikelseområden.



## Redovisning per avvikelseområde

### Läkemedel

Läkemedel är det största avvikelseområdet och det har skett en ökning av avvikelser jämfört med förra året. Ca 250 fler läkemedelsavvikelser har rapporterats. Avvikelserna handlar om uteblivna doser, missar i signering, felaktiga doser, incidenter i samband med narkotikaklassade läkemedel, förväxling av doser.



Bilden visar hur läkemedelsavvikelser är fördelade

Socialförvaltningen  
Staben  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har gjort stickprovskontroller på ett antal läkemedelsavvikelser. Området utebliven dos handlar om att patient inte fått sitt läkemedel. Det kan bero på flera olika saker, det man kan se i de kontrollerade avvikelserna är att sjuksköterska har kontaktas när det har inträffat, vilket är bra. Missar i signering är ett stort område, ingen sådan avvikelse har orsakat någon allvarlig konsekvens. Orsakerna är ofta den mänskliga faktorn, stress och att man glömmer. Digital signering skulle säkerställa momentet och underlätta för personal att göra rätt i alla moment. Det är viktigt att man i delegeringsutbildning betonar att administrering och signering samt övervakning av läkemedelsintag hör ihop. Ett läkemedel kan inte betraktas som givet om inte alla delar skett. Felaktig dos handlar ofta om att patient fått sitt läkemedel en annan tid än bestämt, även här ser man att kontakt har tagits med sjuksköterska och att det inte lett till några allvarliga konsekvenser. Det är få avvikelser som handlar om förväxling av dos vilket är bra, det skulle kunna vara mycket allvarligt om en patient får fel medicin. Inom området narkotikaklassade läkemedel är det ingen avvikelse som lett till allvarliga konsekvenser för patienten, däremot har brister i rutiner uppmärksammats vilket har lett till bland annat personalåtgärd som skriftlig varning. Ett stort antal avvikelser är registrerade under övrigt, där återfinns även avvikelser inom tidigare nämnda områden eller till exempel avvikelser där patient inte velat ta emot läkemedel. För att få kännedom om vilka läkemedelsavvikelser som inträffar är det viktigt att den som rapporterar avvikelser registrerar inom rätt område.

Det är stora mängder läkemedel som varje dag lämnas ut inom den kommunala hälso-och sjukvården, ca 330 000 tillfällen per år. Avvikelser sker i ett fåtal fall och några av dessa avvikelser bedöms som allvarliga. Bedömningen är att vi, i stort, har en trygg läkemedelshantering. Det finns förbättringsarbeten att göra när det gäller ökad spårbarhet av läkemedel som lämnas ut, att se över hur de iordningsställs, administreras och kasseras. Att delegering av läkemedel fungerar på ett säkert och effektivt sätt är också ett arbete som är viktigt att prioritera. Fortsatt arbete med att uppmärksamma avvikelser och aktivt arbete med att förebygga misstag är mycket viktigt.

Inom hemtjänsten har det under sommaren varit stora brister med många avvikelser inom läkemedelsområdet. (Mer om situationen i hemtjänsten beskrivs under allvarliga händelser)

### **Fall**

Ett fall definieras som en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om det leder till en skada eller inte. Enligt rutin ska alla sådana händelser rapporteras. Totalt har 626 fallavvikelser rapporterats. I jämförelse med 2021 och 2020 så ligger fallen på ungefär samma nivåer.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering har gjort stickprov på 9 avvikelser där man i rapporteringen bedömt att de har lett till allvarliga konsekvenser. Av de granskade avvikelserna har 7 lett till allvarliga konsekvenser som fraktur och/eller sjukhusvistelse. 6 av dessa avvikelser har avvikelser inträffat på särskilt boende SoL. I dokumentationen kan man se att man gjort riskbedömningar och upprättat fallriskplaner med insatta åtgärder för att förhindra fall. Det systematiska arbetet som görs med att bedöma fallrisker och vidta åtgärder som görs inom sär-

Socialförvaltningen  
Staben  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

skilda boenden enligt SoL är ett viktigt arbetssätt för att förebygga fall. Det görs i teamsamverkan mellan, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal.

### **Trycksår**

Ett trycksår innebär allt från rodnad på huden men där huden är intakt till det som kallas för fullhudskada som är ett öppet sår.

Sex trycksår har rapporterats, samtliga har uppkommit på den egna enheten. I jämförelse med tidigare år (2021, 9st) (2020, 14st) så har trycksåren minskat. Tre av trycksåren har uppkommit i samband med fel hantering av hjälpmedel, grindar och felhanterad sittdyna.

I det systematiska arbetet med att förebygga trycksår ingår att göra en riskbedömning och att vidta adekvata åtgärder. Tryckavlastande madrasser och dynor är viktiga åtgärder, andra åtgärder är lägesändringar, att tillgodose och följa upp näring och vätskebehov samt förebyggande hudvård. Kunskap och stöd till vård och omsorgspersonal i att tidigt upptäcka risker för trycksår och stöd i omvårdnads- och hjälpmedelsåtgärder är mycket viktigt för att förebygga trycksår.

### **Hjälpmedel**

19 avvikelser har rapporterats som rör hjälpmedel. Det handlar om brister i funktioner, hjälpmedel som går sönder till exempel tappar hjul. Det handlar också om brister i handhavande av olika hjälpmedel som sittdynor som vänts fel, trycksårförebyggande madrasser med luft som inte kontrollerats och hantering av olika överflyttningshjälpmedel. De avvikelser som skett med fel handhavande av överflyttningshjälpmedel har berott på otillräcklig kunskap om hjälpmedelshantering inom hemtjänsten. Det är obligatoriskt att genomgå utbildning i hantering av lyft för alla medarbetare som hanterar sådant hjälpmedel, medarbetare ska ha en giltigt så kallad lyftlicens. Det sker inte i tillräckligt utsträckning att personal deltar i de utbildningar som Rehabenheten håller regelbundet under året. Det gäller i stort sett alla verksamheter men under perioden är det framför allt hemtjänsten som inte deltagit. För att minimera risk för allvarliga händelser har Rehabenheten haft extrainsatta kortare utbildningstillfällen för hemtjänstpersonal under slutet av augusti.

En allvarlig avvikelse har rapporterats som rör ett elektriskt tillbehör till en rullstol där hjälpmedlet inte gick att få stopp på. Händelsen är rapporterad till Inspektionen för vård och omsorg.

Ingen av de rapporterade avvikelserna har orsakat någon skada för person.

### **Rehabilitering**

4 avvikelser på uteblivna rehabiliteringsinsatser har rapporterats. Det handlar om gång/förflyttningsträningar som inte blivit genomförda. Det är troligt att det är ett underrapporterat område, det är känt sedan tidigare att följsamhet till rehabiliteringsordinationer är lägre än till läkemedelsordinationer. Det är särskilt noterbart när det är ont om tid och resurser. Utebliven insats orsakar ofta ingen skada kortsiktigt men får konsekvenser på längre sikt.

Socialförvaltningen  
Staben  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

### **Samverkan**

Avvikelseberättelserna i samverkan är ett viktigt verktyg som ska bidra till förbättringar på både kort och lång sikt för både kommunen och regionen.

Sex avvikelser har inkommit till oss från andra vårdgivare, avvikelserna har rört samverkan i utskrivningsprocessen, brister i hemtjänstinsatser, felhantering vid provtagning, brister i kommunikation. Alla avvikelser är hanterade och kommunicerade med berörda verksamheter hos oss.

Åtta avvikelser har skickats till andra vårdgivare, avvikelserna har rört brister i läkemedels-  
hantering, brister i samordning vid utskrivning och brister i följsamhet till delat medicinskt ansvar.

### **Allvarliga händelser**

Under våren och sommaren har en stor mängd avvikelser inträffat inom hemtjänsten. Bakgrunden är i korthet att kommunen återtagit hemtjänstuppdrag från privat utförare under våren och därmed dubblerat antal brukare och besök. Det har under sommarperioden varit en mycket ansträngd situation där det har saknats stora mängder personal. Situationen har inneburit risker i patientsäkerheten. Uppenbara risker har varit uteblivna insatser och att hälsotillstånd försämrats, det har också funnits risk för att insatser utförs på ett felaktigt sätt som skulle kunna orsaka skada. Situationen som helhet med den stora mängden avvikelser är allvarlig. Det har dock inte rapporterats någon avvikelse som lett till utredning om vårdskada.

MAS/MAR fick kännedom om situationen i början av juli. Chefer i hemtjänsten och hemsjukvård och rehab intervjuades och fick ge sin bild av situationen. Syftet var att få chefernas bedömning, om situationen hade orsakat eller skulle kunna orsaka vårdskada. Alla verksamheter bedömde att läget medförde betydande risker och att det var stor sannolikhet att det skulle kunna inträffa vårdskador i och med den mängd brister som fanns. Åtgärder som bedömdes som nödvändiga för att minimera risker var att:

- Identifiera vilka åtgärder som är mest riskfyllda
- Säkerställa läkemedelshantering och delegering där riskerna var störst tex, insulin,
- Säkerställa säker hjälpmedelshantering
- Identifiera vilka patienter som hade störst risker för att säkra upp att resurser och kompetens alltid skulle finnas tillgänglig för målgruppen
- Rapportera och utreda avvikelser för att förhindra återupprepning i närtid.

Åtgärder vidtogs kontinuerligt i samverkan mellan hemtjänst, hemsjukvård och Rehabiliteringen. Exempel på åtgärder var att säkra upp delegeringar, införa täta uppföljningar med legitimerad personal, extrainsatt utbildningar hjälpmedel. Hemtjänsten har också säkerställt planering av personal för brukare med stora omvårdnadsbehov för att minska risken att insatser uteblir/utförs felaktigt.



Socialförvaltningen  
Staben  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

Under v.29, 30, 31 och 32 träffades ansvariga chefer i hemtjänsten, MAS/MAR, verksamhetsutvecklare, enhetschefer hälso-och sjukvård och rehabilitering samt avdelningschef hemtjänst. Syftet var att tillsammans identifiera risker, bevaka att åtgärder genomfördes och följa situationen utifrån patientsäkerhet och missförhållande. Under perioden genomfördes en granskning av avvikelser som rapporterades för att identifiera om de avvikelser som skett haft allvarliga konsekvenser. Ingen av avvikelserna har medfört vårdskada, men det har på grund av den stora mängd avvikelser som skett inneburit stora risker för att något ska inträffa.

### **Viktiga åtgärder för att stärka patientsäkerhet och minska risk för vårdskada**

Utifrån de avvikelser som inträffar kan vi se att det finns förbättringsområden för att fortsatt stärka patientsäkerheten och minska risken för att en person med insatser från vård och omsorg drabbas av vårdskada.

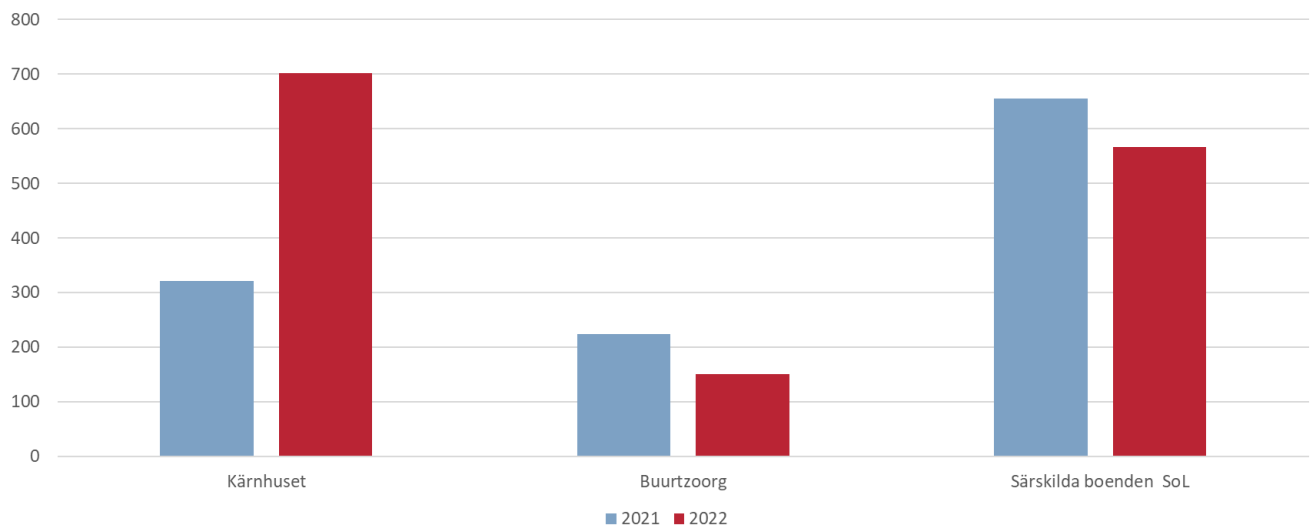
- Fortsätta att rapportera avvikelser, stärka och stödja personal i avvikelserarbetet.
- Fortsätta arbeta förebyggande med riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen.
- Utveckla ett förebyggande arbetssätt även i ordinärt boende
- Öka kunskap om hjälpmedelshantering och riskmoment vid förflyttningar
- Säkerställa delegeringsprocessen för läkemedel

Socialförvaltningen  
Staben  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

## Utförarverksamhet äldreomsorg

Inom utförarverksamhet äldreomsorg egen regi inryms särskilda boendena Pomona hus 2, Pomona hus 4, Solängen, Dalängen och Västerhagsvägen A-B och Västerhagsvägen C-F, korttidsboende Pomona 4 (P4) och Plommonvägen 6 (P6) samt dagverksamheten Ängsgården och hemtjänst Kärnhuset.

Nedan redovisas verksamheternas rapportering av avvikelser.



Bilden visar avvikelser hälso-och sjukvård för hemtjänst kärnhuset, Buurtzorg (t.o.m 22-06-30) och särskilda boenden SoL inklusive korttidsboende i en jämförelse med 2021.

### Hemtjänst Kärnhuset

Avvikelsena har ökat i hemtjänsten under perioden. Förklaringarna ligger i att den kommunala hemtjänsten övertog kunder från Buurtzorg och att verksamheten i stort sett dubblerades. Som beskrivet under allvarliga avvikelser så ökade antalet läkemedelsavvikelser i samband med det.

### Buurtzorg

Avvikelser avser perioden 2022-01-01-2022-06-30, verksamheten avvecklades successivt och kunder flyttades över till Kärnhuset under uppsägningstiden som var under april, maj och juni månader.

### Särskilda boenden SoL inklusive korttids

Avvikelsena har totalt sett minskat något på särskilda boenden SoL. Verksamheterna beskriver hur man systematiskt i teamsamverkan arbetar med att identifiera orsaker till avvikelser och hittar förbättringsåtgärder. Man har regelbundna kvalitetsråd/avvikelseråd där man hantarerar inträffade avvikelser. Läkemedelsavvikelser består i hög grad av missar i signering. Åt-

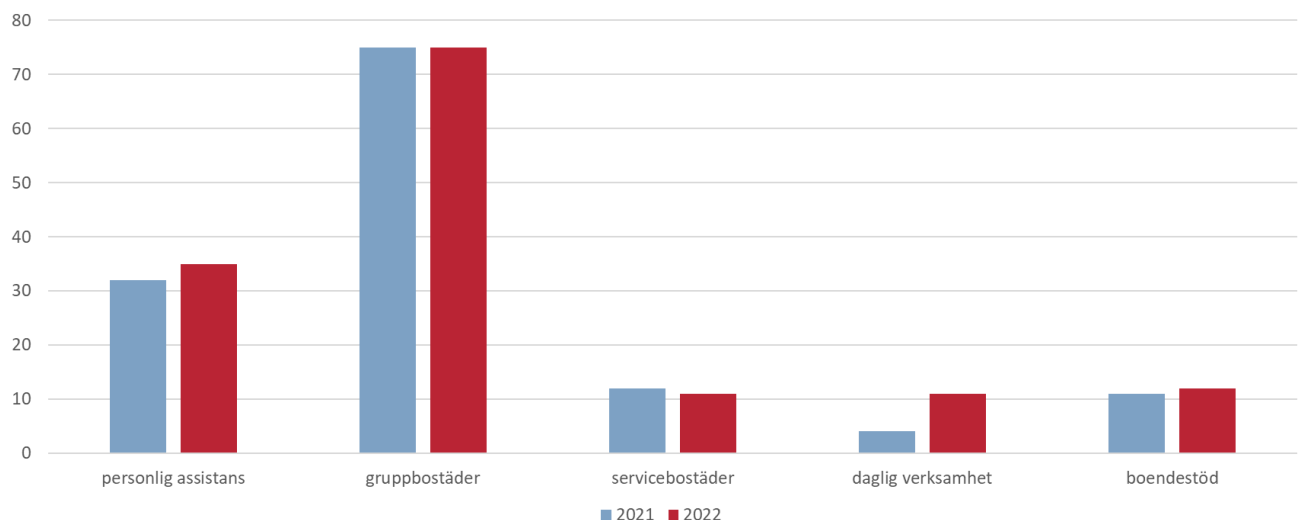
Socialförvaltningen  
Staben  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

gärder för att komma till rätta med det är tätt samarbete med sjuksköterskor och uppföljning av delegeringar samt utbildningar i att arbeta säkert med läkemedel. Fallavvikelser förekommer på alla särskilda boenden men man arbetar systematiskt med att förhindra fall.

### Utförarverksamhet LSS och socialpsykiatri

Inom utförarverksamhet LSS inryms daglig verksamhet, personlig assistans, gruppboendena Sjövägen, Vallvägen 2, Vallvägen 4 och Lindegårdsvägen samt serviceboendena Dalvägen och Lindegårdsbacke samt socialpsykiatri

Nedan redovisas verksamheternas rapportering av avvikelser.



Bilden visar avvikelser hälso-och sjukvård för personlig assistans, gruppboendena, serviceboendena, daglig verksamhet och boendestöd i en jämförelse med 2021.

#### Daglig verksamhet

De flesta avvikelser beror på brister i följsamhet till rutiner, vilket medfört brister i omsorg eller uteblivna insatser. En avvikelse är bedömd med hög allvarlighetsgrad. Orsaker till det kan vara att verksamheten har varit stängd under pandemin och vid återgång till ordinarie verksamhet behöver rutiner implementeras på nytt. Behoven hos brukarna förändras ständigt vilket ställer krav på kontinuerlig anpassning och förändrade rutiner. Det finns också vissa brister i samverkan med legitimerad personal och brister i verksamhetssystemet Treserva.

De åtgärder som görs är organisatoriska förändringar, man skapar rutiner, arbetar med handledning, uppföljning samt arbete med struktur för samverkan med deltagare. Dialog och samverkan med legitimerad personal gällande delegering och informationsöverföring av hälso- och sjukvårdsordinationer är också åtgärder som man arbetar med.

Socialförvaltningen  
Staben  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

### **Gruppboväder**

Avvikelsena ligger på samma nivå som 2021 och handlar till stor del om läkemedelsavvikelser. Orsaker som anges är följsamhet i rutiner, brister när nya läkemedel sätts in till exempel antibiotika. På vissa boenden har man minskat antalet hälso-och sjukvårdsavvikelser genom ett medvetet stödjande arbetssätt att stötta varandra och ta reda på vad uppkomna fel beror på innan man skriver en avvikelse. Därav har man sett en minskning. Man har också arbetat med att dubbelkontrollera läkemedelslistor och utveckla samverkan med legitimerad personal.

### **Serviceboväder**

Avvikelsena är få och ligger på samma nivåer som 2021, det är främst läkemedelsavvikelser. Samverkan med sjuksköterska för att identifiera och minimera brister i läkemedelshandling är åtgärder man arbetar med.

### **Boendestöd**

Avvikelser ligger på ungefär samma nivåer som 2021 och handlar främst om läkemedelsavvikelser.

### **Personlig assistans**

Antalet avvikelser har ökat och trolig orsak är man i verksamheten har arbetat med vikten av att rapportera och utreda avvikelser. Man samverkar med legitimerad personal för att identifiera risker och förbättringsåtgärder.

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sandra Sabel, Verksamhetscontroller  
Sarah Wenne, Verksamhetsutvecklare  
0171-525 00  
sandra.sabel@habo.se  
sarah.wenne@habo.se

## **Tjänsteskrivelse, Vård- och omsorgsnämndens rapport om avvikelser, klagomål och synpunkter delår 2022**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna förvaltningens avvikelserapport SoL och LSS för delår 2022.

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämndens verksamheter ska upprätta avvikelser vid brister i verksamheten, ta emot och utreda klagomål och synpunkter och sammanställa och vidta förbättrande åtgärder utifrån det.

### **Ärendet**

Rapporten redovisar sammanställning över rapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål inom social omsorg (SoL och LSS) under delår 2022. Sammanställningen påvisar en markant ökning av avvikelser, synpunkter och klagomål inom verksamheten hemtjänst samt en viss ökning av utredningar enligt lex Sarah.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning. Förvaltningen kommer att fortsätta sammanställa och analysera avvikelser, klagomål och synpunkter på aggregerad nivå med underlag till nämnd även för helår 2022.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6482, daterad 2022-09-14
- Rapport, Vård- och omsorgsnämndens rapport om avvikelser, klagomål och synpunkter delår 2022 nr 6469, daterad 2022-09-12

### **Beslut skickas till**



Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sandra Sabel, Verksamhetscontroller  
Sarah Wenne, Verksamhetsutvecklare  
0171-525 00  
sandra.sabel@habo.se  
sarah.wenne@habo.se

## Rapport, Vård- och omsorgsnämndens rapport om avvikelser, klagomål och synpunkter delår 2022

### Inledning

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utan dröjsmål dokumentera, utreda, avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 e § lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Detta sker genom avvikelserrapportering, synpunkt- och klagomålshantering samt anmälan om missförhållande enligt lex Sarah. Vi kan inte få ett system helt utan avvikelser och misstag men vi kan hjälpas åt att få stödet och omsorgen säkrare. Att rapportera, utreda och följa upp avvikelser, synpunkter och klagomål är ett viktigt led i det systematiska förbättringsarbetet inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter. I denna rapport redovisas verksamheternas rapporterade avvikelser, inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder och analys på aggregerad nivå för perioden 1 januari – 31 augusti 2022, både inom myndighetsutövning och utförarverksamhet.

### Bakgrund

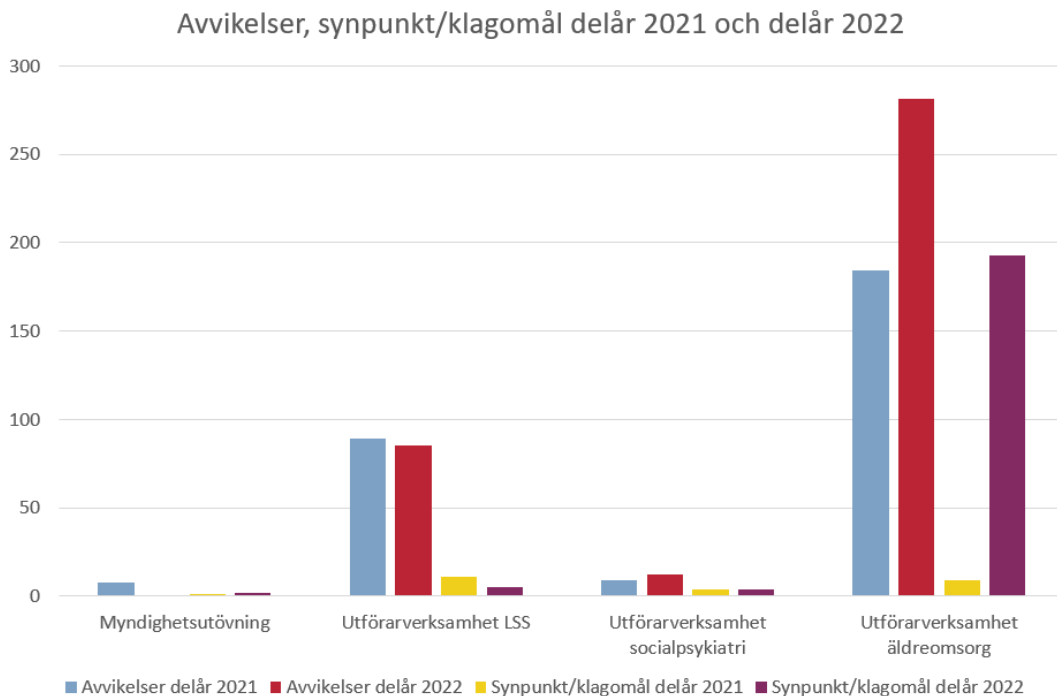
Vård- och omsorgsnämndens verksamheter ska i enlighet med 5 kap. 3§ SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa ska sammanställas och analyseras för att kunna se brister eller mönster som indikerar att det kan finnas brister i verksamhetens kvalitet. Verksamheterna behöver även vidta åtgärder för att liknande händelser inte riskerar att inträffa på nytt.

En avvikelse kan ses som en händelse som inträffar och inte stämmer med befintliga rutiner eller förväntat händelseförlopp. Det kan röra en persons insatser, omsorg, dokumentation eller myndighetsutövande. Avvikelser upprättas av förvaltningens medarbetare och utreds av närmsta chef, men kan även inkomma från andra vårdgivare, till exempel regionen vid brister i samverkan. För det finns en särskild överenskommelse; vård i samverkan (ViS).

Rapporterade avvikelser ska bedömas utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet att händelsen kan inträffa på nytt genom en riskmatris i avvikelsemodule. Avvikelsena bedöms i ett värde mellan 1-4 inom både allvarlighetsgrad och sannolikhet. 1 ses som mindre allvarlighetsgrad och 4 som katastrofal. Sannolikheten utgår från värde 1 som anses som mycket liten och 4 som mycket stor sannolikhet att det kan inträffa. Poängen i riskanalysen multipliceras med varandra som sedan ger en total poäng som bedömer händelsens riskvärde. Avvikelser som bedöms med ett riskvärde över åtta ska rapporteras vidare till förvaltningens stab för utredningen enligt lex Sarah i enlighet med 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS. Enhetschef ansvarar för att rapportera händelser som kan anses vara risk för eller missförhållanden och händelserna utreds vidare tillsammans med verksamhetsutvecklare.

## Rapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål under perioden 1 januari – 31 augusti 2022

För perioden har totalt 580 avvikelser, synpunkter och klagomål upprättats och tagits emot inom nämndens verksamheter, att jämföra med föregående delårs rapporteringsfrekvens 268 stycken. Detta är en markant ökning och diskrepansen bedöms bero på att nämndens verksamheter under delår 2021 till stora delar var stängda på grund av pandemin, vilket medfört en lägre rapportering. Vidare har det under delår 2022 skett en omfattande förändring inom hemtjänst, vilket lett till ökad frekvens av avvikelser, synpunkter och klagomål inom verksamheten. Nedan bild visar fördelning per verksamhetsområde<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> **Myndighetsutövning:** Avvikelse delår 2021 (8), avvikelser delår 2022 (0). Synpunkter/klagomål delår 2021 (1), synpunkter/klagomål delår 2022 (2).

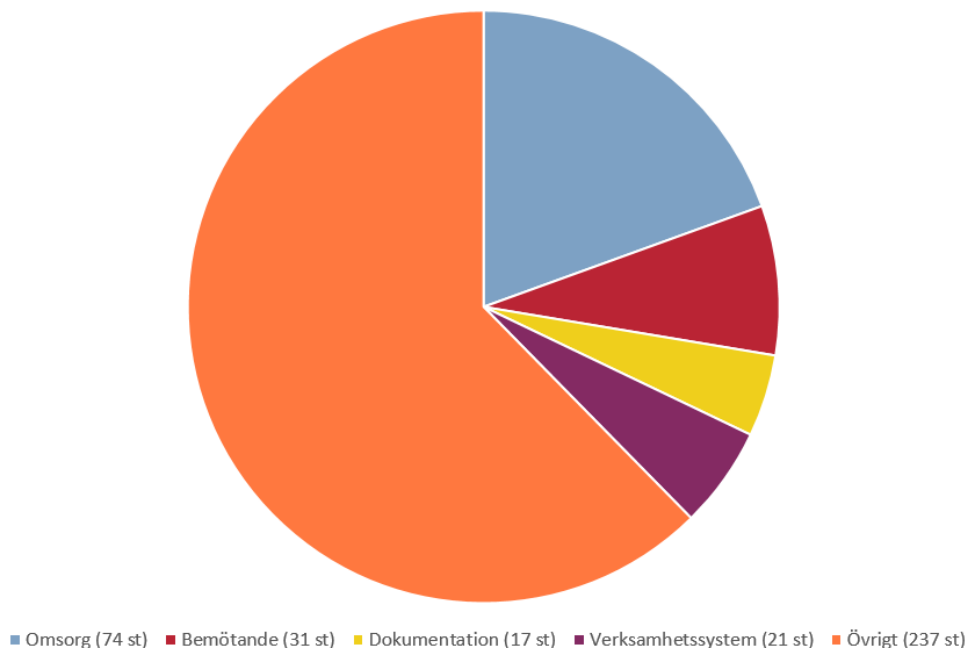
**Utförrverksamhet LSS:** Avvikelse delår 2021 (89), avvikelser delår 2022 (85). Synpunkter/klagomål delår 2021 (11), synpunkt/klagomål delår 2022 (5).

**Utförrverksamhet socialpsykiatri:** Avvikelse delår 2021 (9), avvikelser delår 2022 (10). Synpunkter/klagomål delår 2021 (4), synpunkt/klagomål delår 2022 (4).

**Utförrverksamhet äldreomsorg:** Avvikelse delår 2021 (184), avvikelser delår 2022 (281). Synpunkter/klagomål delår 2021 (9), synpunkt/klagomål delår 2022 (193).

Sammanställning av avvikelser på aggregerad nivå (det vill säga nämndens samtliga verksamheter som rapporterar avvikelser) görs från och med 1 april 2021 utifrån områdena dokumentation, bemötande, verksamhetssystem, omsorg och övrigt. Under perioden januari – augusti 2022 är fördelning av avvikelser enligt nedanstående.

Avvikelse - områden delår 2022



Utmärkande är att över hälften av avvikelserna sammanställs inom område övrigt, vilket försvårar analysen men på övergripande nivå kan vi se att det i majoritet rör sig om brister i följsamhet till rutiner samt uteblivna eller försenade besök/insatser. Förra delåret identifierades utvecklingsbehov inom nämndens verksamheter vad gäller dokumentation, detta utifrån upprättade avvikelser inom området delår 2021. För delår 2022 kan vi se en minskning av rapporterade avvikelser vad avser dokumentation, vilket kan vara en effekt av vidtagna förbättringsåtgärder i verksamheterna.

Vissa av nämndens verksamheter har identifierat en viss underrapportering samt att det finns kunskapsbrist gällande avvikelshantering. Förvaltningen genomför därför genomgångar/utbildningsinsatser efter behov.



## **Myndighetsutövning inom socialpsykiatri, LSS, äldreomsorg och färdtjänst**

Inom myndighetsutövning inryms enheten för socialpsykiatri och Biståndsenheten.

Inom enheten för socialpsykiatri har inga avvikelser rapporterats för perioden. Däremot har verksamheten upprättat fyra (4) avvikelser som berör samverkan med regionen och området bemötande. Verksamheten har framfört dessa avvikelser till regionen och regionen har utifrån dessa händelser vidtagit åtgärder. Verksamheten har mottagit och registrerat en (1) synpunkt/klagomål från enskild. I jämförelse med delår 2021 är rapporteringsfrekvensen likvärdig.

Biståndsenheten har under perioden inte rapporterat några avvikelser men har mottagit ett (1) klagomål som berör området bemötande. Enhetens medarbetare har under våren gått utbildning i avvikelshantering. Rapporteringsfrekvensen är i jämförelse med delår 2021 något lägre.

### **Utförarverksamhet inom LSS**

Inom utförarverksamhet LSS inryms daglig verksamhet, personlig assistans, gruppboendena Sjövägen, Vallvägen 2, Vallvägen 4 och Lindegårdsvägen samt serviceboendena Dalvägen och Lindegårdsbacke.

#### *Daglig verksamhet*

Verksamheten var stängd under januari månad utifrån pandemin. Inom daglig verksamhet har det under perioden rapporterats totalt tretton (13) avvikelser inom LSS. Avvikelseerna inryms inom område omsorg (3), verksamhetssystem (7), dokumentation (1) samt övrigt (2). Orsak bakom avvikelseerna grundar sig främst i brister i följsamhet till rutin, vilket har medfört brist i omsorg eller utebliven insats. De avvikelser som avser verksamhetssystem är kopplade till tillgång och behörighet. Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Rapporteringsfrekvensen i jämförelse med delår 2021 något högre vilket kan härledas till att verksamheten under år 2022 varit öppen i större utsträckning. Vid genomgång av verksamhetens avvikelseredovisning framkommer en god kvalitet i deras bedömning och väl genomförd analys.

#### *Personlig assistans*

Inom personlig assistans har det för perioden rapporterats in totalt tre (3) avvikelser inom området övrigt. Ingen avvikelse har rapporterats som allvarlig. Rapporteringsfrekvensen är likvärdig i jämförelse med samma period förra året. Verksamheten arbetar löpande med sin avvikelshantering, till exempel på gemensamma möten.

#### *Sjövägen*

Under perioden har verksamheten rapporterat in 48 avvikelser inom områdena dokumentation (2), bemötande (3), omsorg (7) och övrigt (36). Av dessa är det en händelse som bedömts allvarlig och har utretts vidare enligt lex Sarah. Inom verksamheten har det identifierats brister i följsamhet till rutiner och arbetssätt. Utbildnings- och handledningsinsatser har därför genomförts under våren. Verksamheten har även mottagit och registrerat två (2) synpunkter/klagomål. Verksamhetens rapporteringsfrekvens är likvärdig i jämförelse med samma period år 2021.

#### *Vallvägen 2*

Verksamheten har inga avvikelser inom LSS rapporterade för perioden. Inom verksamheten har de identifierats bristande kunskap i avvikelshantering. Rapporteringsfrekvensen är likvärdig vid jämförelse föregående delår.

#### *Vallvägen 4*

Inom verksamheten har totalt tio (10) avvikelser rapporterats inom områdena omsorg (1), bemötande (5), dokumentation (1) samt övrigt (3). En av dessa är det en händelse som bedömts allvarlig och utretts vidare enligt lex Sarah. Inom verksamheten har de identifierats bristande kunskap i avvikelshantering. Verksamheten har mottagit och registrerat tre (3) synpunkter/klagomål. Rapporteringsfrekvensen är likvärdig vid jämförelse föregående delår.

#### *Lindegårdsvägen*

Verksamheten har under perioden en (1) rapporterad avvikelse inom området omsorg. Avvikelser avser brister i följsamhet av rutin. Avvikelse har inte rapporterats som allvarlig och verksamheten har en likvärdig rapporteringsfrekvens i jämförelse med föregående delår.

#### *Dalvägen*

Under perioden har verksamheten rapporterat fyra (4) avvikelser inom områdena omsorg (2) och övrigt (2). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig. Verksamheten har identifierat att den låga rapporteringsfrekvensen delvis beror på bristande introduktion av nyanställda gällande avvikelshantering. Rapporteringsfrekvensen är likvärdig i jämförelse med föregående delår.

#### *Lindegårdsbacke*

Verksamheten har rapporterat totalt sex (6) avvikelser inom områdena omsorg (4) och övrigt (2). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig. Inom verksamheten har identifierats utvecklingsbehov i introduktionen av nyanställda gällande avvikelshantering. Avvikelserna som har rapporterats har till stor del handlat om att stöd inte getts vid rätt tidpunkt. Inom verksamheten pågår ett arbete med implementering av Boet som kommer underlätta i planeringen av stöd framöver. Verksamheten har en likvärdig rapporteringsfrekvens i jämförelse med delår 2021.

### **Utförarverksamhet inom socialpsykiatri**

Verksamheter inom socialpsykiatri är boendestöd och arbetsstöd.

#### *Boendestöd*

Boendestödet har under perioden tre (3) rapporterade avvikelser och fyra (4) inkomna synpunkter/klagomål. Dessa berör områdena bemötande (3), verksamhetssystem (2), omsorg (1) samt övrigt (1). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig. Verksamheten har identifierat utvecklingsbehov gällande avvikelshantering med inplanerade workshops under hösten. Verksamheten har även identifierat svårigheter gällande behörighet för nyanställda i verksamhetssystemet samt har rekryterat metodansvarig i syfte att stärka upp kvalitetsarbetet inom verksamheten i frågor som bland annat bemötande och dokumentation. Rapporteringsfrekvens är likvärdig med föregående delår.

### *Arbetsstöd*

Verksamheten har under perioden rapporterat sju (7) avvikelser inom områdena verksamhetssystem (6) och övrigt (1). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig men verksamheten har identifierat brister i verksamhetssystemet och utifrån det kontaktat supporten för vidare åtgärder. Inom verksamheten görs bedömningen att antalet rapporterade avvikelser är lägre än förväntan samt att verksamheten inte har haft några inkomna synpunkter under perioden, vilket tyder på ett utvecklingsområde. Verksamheten har inplanerat under hösten genomgång för medarbetare gällande avvikelse- och synpunktshantering samt brukarundersökning. Verksamheten har en likvärdig rapporteringsfrekvens i jämförelse med föregående delår. Verksamheten har dock identifierat att det torde vara fler inrapporterade avvikelser inom området verksamhetssystem.

### **Utförarverksamhet inom äldreomsorg**

Inom utförarverksamhet äldreomsorg egen regi inryms särskilda boendena Pomona hus 2, Pomona hus 4, Västerhagsvägen A, Västerhagsvägen B demens, Västerhagsvägen C-F, Solängen och Dalängen, korttidsboende somatik (Pomona) och korttidsboende demens (Plommonvägen 6)) samt dagverksamheten Ängsgården och hemtjänst Kärnhuset.

#### *Pomona hus 2*

Verksamheten har inga rapporterade avvikelser under perioden. Verksamheten övergick till Västerhagsvägen under februari månad år 2022. Verksamheten har dock identifierat utvecklingsbehov gällande avvikelse- och synpunktshantering och kommer att arbeta vidare med kvalitetsmöten på Västerhagsvägen.

#### *Pomona hus 4*

Verksamheten har under januari månad rapporterat sju (7) avvikelser inom området övrigt (7), varav flertalet har rört hot och våld situationer mellan brukare. Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Verksamheten gick över till Västerhagsvägen under februari månad år 2022 och arbetet med kvalitetsmöten kommer att fortskrida på Västerhagsvägen.

#### *Västerhagsvägen A*

Inom verksamheten har det för perioden februari – augusti rapporterats tre (3) avvikelser inom området dokumentation (3). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig. Verksamheten har utifrån sin analys inplanerat förbättringsarbete kring arbete med social dokumentation.

#### *Västerhagsvägen B demens*

För perioden februari – augusti har verksamheten rapporterat tre (3) avvikelser inom områdena dokumentation (2) och bemötande (1). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig. Verksamheten har utifrån sin analys inplanerat förbättringsarbete kring arbete med social dokumentation.

#### *Västerhagsvägen C-F*

Verksamheten har under perioden februari – augusti rapporterat fjorton (14) avvikelser inom områdena dokumentation (1), bemötande (4), omsorg (2) och övrigt (7). Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Verksamheten (inom avdelningarna E och D) har mottagit och registrerat nio (9) synpunkter/klagomål inkomna från enskilda/anhöriga som i majoritet berör området bemötande. Verksamheten har utifrån inkomna

synpunkter/klagomål genomfört förbättringsarbete som till exempel nya rutiner. Verksamheten har identifierat en underrapportering gällande SoL avvikelser, vilket verksamheten arbetar vidare med.

#### *Solängen*

Under perioden har verksamheten rapporterat totalt 31 avvikelser inom områdena dokumentation (1), bemötande (7), omsorg (1) samt övrigt (22). Inom området övrigt är det i majoritet händelser som rör hot och våld mellan brukare. Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Under perioden har verksamheten mottagit och registrerat en (1) synpunkt/klagomål. Verksamheten har identifierat en underrapportering av avvikelser. Utifrån detta har verksamheten börjat arbeta mer systematiskt med att öka kunskapen inom de olika områden som berör SoL avvikelser. Efter insatsen kan verksamheten se en ökad rapportering. Verksamheten har en likvärdig rapporteringsfrekvens i jämförelse med delår 2021.

#### *Dalängen*

Verksamheten har för perioden rapporterat sex (6) avvikelser inom områdena verksamhetssystem (1) och övrigt (5). Inom övrigt är det främst händelser i form av hot och våld mellan brukare. En händelse har bedömts som allvarlig och utretts vidare enligt lex Sarah. Verksamhetens förbättringsarbete består i att arbeta vidare med dokumentation. I jämförelse med delår 2021 är rapporteringsfrekvens markant lägre.

#### *Korttidsboende somatik (Pomona)*

För perioden har verksamheten rapporterat sex (6) avvikelser inom områdena bemötande (2), verksamhetssystem (1), omsorg (2) och övrigt (1). Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig men verksamheten har utifrån händelser inom området bemötande genomfört organisatoriska åtgärder. Inom verksamheten har dokumentationsombud utsetts och utbildats som kommer att arbeta vidare med kvalitetsförbättringar. Verksamhetens rapporteringsfrekvens är likvärdig i jämförelse med delår 2021.

#### *Korttidsboende demens (Plommonvägen 6)*

Verksamheten har under perioden rapporterat 23 avvikelser inom områdena verksamhetssystem (1), omsorg (15) och övrigt (7). Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Verksamhetens rapporteringsfrekvens har markant ökat i jämförelse med föregående delår, vilket kan vara ett resultat av verksamhetens utvecklingsarbete gällande avvikelsehantering.

#### *Dagverksamhet Ängsgården*

Under perioden har verksamheten rapporterat tre (3) avvikelser inom områdena omsorg (1) och övrigt (2). Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Verksamheten har en likvärdig rapporteringsfrekvens i jämförelse med delår 2021.

#### *Hemtjänst Kärnhuset (inkl nattpatrullen)*

Verksamheten har under perioden rapporterat 169 avvikelser inom områdena bemötande (6), verksamhetssystem (3), omsorg (31), dokumentation (5) samt övrigt (124). Inom området övrigt inryms bland annat av avvikelser som rör larm och samverkan. Avvikelser som uppstått under våren och sommaren har främst bestått av försenade eller uteblivna besök/insatser. Fyra avvikelser har bedömts som allvarliga varav två av dem har utretts vidare enligt lex Sarah. Verksamheten har även mottagit

och registrerat 183 synpunkter och klagomål, vilka i majoritet har inkommit under juli och augusti månad. I jämförelse med delår 2021 har verksamhet en markant ökning av både synpunkter/klagomål och avvikelser, vilket kan härledas till den ökade volym av brukare som verksamheten mottagit utifrån att den privata hemtjänstutföraren avslutade sitt avtal med kommunen. Utifrån rapporterade avvikelser och uppmärksammande utmaningar i övertagandet av brukare och genomförande av insatser har verksamheten vidtagit flera nödvändiga åtgärder.

### **Privat utförare hemtjänst**

Kommunens privata utförare inom hemtjänst är Buurtzorg. De sa upp sitt avtal med kommunen under våren 2022. Nedan redovisning av avvikelser är därför endast för perioden januari - maj. Verksamheten har under perioden rapporterat 16 avvikelser inom områdena dokumentation (1), omsorg (3) samt övrigt (12). Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig.

### **Samverkan med andra vårdgivare**

Avvikelse rapportering i samverkan med andra vårdgivare redovisas i avvikelse rapport hälso- och sjukvård delår 2022.

### **Synpunkter och klagomål**

Verksamhet som bedrivs inom socialtjänst eller enligt LSS ska ta emot och utreda synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras företrädare och anhöriga, personal, andra vårdgivare med flera i enlighet med SOSFS 2011:9 5 kap. 3§.

Under perioden har tre (3) synpunkter inkommit till förvaltningen via kommunens Kontaktcenter. Vilka rör hemtjänsten, nybyggnation äldreboende samt Pomonas gym. Förvaltningen har återkopplat till de som inkommit med synpunkterna.

Sju (7) klagomål har inkommit under perioden via IVO för vidare hantering av berörd verksamhet. Dessa klagomål berör boendeverksamheter inom både äldreomsorg och LSS samt hemtjänst. Majoriteten av dessa klagomål kommer från anhörig och avser klagomål gällande utformning av individuellt stöd och omsorg samt bemötande.

Den verksamhet som sticker ut gällande omfattning av synpunkter och klagomål är för delår 2022 hemtjänsten. Där har det skett en markant ökning av inkomna synpunkter och klagomål från brukare och anhöriga. Förvaltningen bedömer att det beror dels på det ansträngda läget i och med volymökningen av brukare i samband med övertagande från privat utförare samt att förvaltningen har möjliggjort ett tydligare tillvägagångssätt för hemtjänsten brukare och anhöriga att inkomma med synpunkter och klagomål. Förvaltningen har under sommaren startat upp en telefonlinje som kan ta emot samtal från enskilda alla dagar i veckan, mellan klockan 8-20. Organisationen kring detta samarbetar med hemtjänsten för att snabbt kunna vidta nödvändiga åtgärder både på organisatorisk nivå och individnivå.

Under delår 2022 har förvaltningen uppmärksammat att synpunkter och klagomål inte alltid kommer verksamhetsansvarig chef tillkänna i första hand. Vilket försvårar möjligheten till direkt återkoppling med kort hanteringstid samt att det systematiska arbetet ute i verksamheterna inte får rätt förutsättningar.

**Allvarliga händelser och klagomål som utretts enligt lex Sarah**

Under perioden har fem (5) händelser skett inom nämndens utförarverksamheter som har utretts enligt lex Sarah. Dessa händelser har skett inom verksamheterna Dalängen särskilda boende för äldre, hemtjänsten Kärnhuset, Vallvägen 4 gruppbostad LSS samt Sjövägen gruppbostad LSS.

Händelsen på Dalängens särskilda boende påvisade inget missförhållande efter genomförd utredningen enligt lex Sarah. Inom Kärnhusets verksamhet har det under perioden förekommit två händelser som utretts enligt lex Sarah, båda har efter genomförd utredning bedömts vara en påtaglig risk för allvarligt missförhållande och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO har i ett av ärendena meddelat att nämnden fullgjort sin utredningsskyldighet och därmed avslutat ärendet. I det andra ärendet inväntas IVO's beslut. Händelser har föranlett åtgärder inom berörd verksamhet Kärnhuset.

Händelsen inom Vallvägen 4 verksamhet påvisade inget missförhållande efter genomförd utredning enligt lex Sarah. Inom Sjövägens verksamhet har utredd händelse påvisat en risk för allvarligt missförhållande och anmälan är gjord till IVO. IVO har meddelat att nämnden har fullgjort sin utredningsskyldighet och avslutat ärendet. Verksamheten har vidtagit relevanta åtgärder kopplat till händelsen.

I jämförelse med delår 2021 har rapporteringsfrekvensen och antalet utredningar enligt lex Sarah ökat något. Vilket bedöms bero på en ökad medvetenhet kring missförhållande samt den ansträngda situationen inom hemtjänstens verksamhet. Vid genomgång av avvikelser kan dock konstateras ett fortsatt utvecklingsbehov gällande riskbedömningar.

**Genomförda åtgärder inom hemtjänst**

Under våren och sommaren har en stor mängd avvikelser inträffat inom hemtjänsten. Bakgrunden är i korthet att kommunen återtagit hemtjänstuppdrag från privat utförare under våren och därmed dubblat antal brukare och besök. Det har under sommarperioden varit en mycket ansträngd situation där det har saknats stora mängder personal. Situationen har inneburit svårigheter i utförandet av insatser och mängden avvikelser har påvisat allvarlighetsgraden av läget. Verksamheten tillsammans med förvaltningen har löpande vidtagit nödvändiga åtgärder för att säkerställa kvaliteten i utförandet.

Under sommaren samordnades samverkansmöten mellan ansvariga enhetschefer, medicinskt ansvariga, verksamhetsutvecklare samt avdelningschef för att tillsammans identifiera risker, bevaka att åtgärder genomfördes och följa situationen utifrån patientsäkerhet och missförhållande. Medicinskt ansvariga tillsammans med verksamhetsutvecklare genomförde under perioden en granskning av avvikelser som rapporterades för att identifiera om de avvikelser som skett haft allvarliga konsekvenser. Vid denna granskning noterades en förbättring inom avvikelserapporteringen, dels en ökning av korrekt rapportering av avvikelser samt att avvikelser i större utsträckning har rapporterats i direkt anslutning till händelse. I och med att avvikelser upprättats i direkt anslutning till händelse har också medfört att åtgärder har kunnat vidtas i snabbare utsträckning.

**Fortsatt utvecklingsarbete**

Efter genomförd sammanställning av delårets avvikelser, synpunkter och klagomål framkommer fortsatt behov av att arbeta vidare med bedömning av avvikelser samt processen när händelser behöver utredas vidare enligt lex Sarah samt tillgängligheten för brukare/anhörig i nämndens samtliga verksamheter vad gäller synpunkt- och klagomålshantering. Arbetet är redan påbörjat inom förvaltningen. Nämnden verksamheter behöver även utveckla det systematiska kvalitetsarbetet genom att använda händelser av en mer allvarlig karaktär i lärande och förebyggande syfte. För att på så sätt förhindra att missförhållande riskerar att uppstå på nytt samt att vidareutveckla kvalitetsnivån. Vid sammanställning på aggregerad nivå framkommer vissa svårigheter med analys när majoriteten av avvikelser hamnar i område övrigt. En förbättringsåtgärd föreslås vara att se över områdesindelningarna.

Socialförvaltningen  
Förvaltningschef  
Erik Johansson, Socialchef

erik.johansson@habo.se

## **Delårsrapport per augusti 2022**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna ekonomiuppföljning per augusti 2022 och överlämna den till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.
2. Vård- och omsorgsnämnden noterar förvaltningens önskemål om att få inriktningsbeslut gällande vilka ytterligare åtgärder som nämnden vill att förvaltningen ska genomföra för att nå en ekonomi i balans.

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden lämnar en prognos på ett underskott om 10,8 miljoner kronor. Sammantaget kan man konstatera att nämnden per augusti 2022, prognostiserar ett sämre resultat än budgeterat. I huvudsak beroende på kraftigt försämringar i prognos för hemtjänsten men också beroende på viss felbudgetering i verksamheten särskilt boende för äldre.

Jämfört med föregående prognos har hemtjänst i egen regi kraftigt försämrat sitt förväntade helårsresultat, både till följd av att verksamheten inte rymmer kostnaderna för utförande inom den ersättning som de biståndsbedömda timmarna genererar, men också till följd av merkostnader som uppstått i samband med övertag av timmar som tidigare tillhört privat utförare.

Nämndens kostnader består till stor del av personalkostnader och lokalkostnader. Åtgärder som sänker de kostnaderna tar tid att verkställa och har därför ingen effekt i år 2022. Förvaltningen lyckas därför inte identifiera andra åtgärder än en allmän återhållsamhet, vilket bland annat handlar om att pröva tillsättande av vakanta tjänster och aktivt ta ställning till huruvida kommande utgifter i nämndens samtliga verksamheter kan omprövas alternativt senareläggas. Effekten av de åtgärderna är svårbedömd och kommer med stor sannolikhet inte att åtgärda det prognostiserade underskottet.

Förvaltningens bedömning är att underskottet i nämndens verksamhet är reglerat inför budget 2023, förutsatt att nämnden tilldelas den budgetram som nämnden tidigare yttrat sig över.

Förvaltningen lyckas inte identifiera åtgärder som ger en prognos i balans med budget och efterfrågar därför nämndens inriktningsbeslut gällande vilka ytterligare åtgärder som nämnden vill att förvaltningen ska genomföra för att nå en ekonomi i balans.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Nämndens verksamhet ryms inte i tilldelad budgetram vilket utan åtgärder belastar kommunens totala resultat negativt.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.



**Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

**Uppföljning**

Uppföljning sker i enlighet med kommunens beslutade rutiner för ekonomiuppföljning.

**Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6506, daterad 2022-09-27
- Delårsrapport augusti 2022, dok nr 6502, daterad 2022-09-23

---

**Beslut skickas till**

Kommunstyrelsen  
Kommunens revisorer  
Ekonomichef

2022-09-23



# **Delårsrapport augusti 2022**

Vård- och omsorgsnämnden

## Innehållsförteckning

1 Sammanfattning .....	3
2 Väsentliga händelser .....	4
3 Uppföljning kvalitet och mål .....	5
4 Volym- och resursmått .....	10
5 Driftredovisning .....	11
6 Kommentarer till driftredovisning.....	11
7 Investeringsredovisning .....	15
8 Kommentarer till investeringsredovisning .....	16
9 Intern kontroll .....	16
10 Personal.....	17
11 Förväntad utveckling .....	18

# 1 Sammanfattning

## Verksamhet

Året 2022 inleddes med att restriktionerna till följd av Covid-19 återigen skärptes. Verksamheterna inom nämndens område påverkades mer eller mindre direkt och mycket arbete lades på att minska smittspridning och förebygga svår sjukdom. Fler vaccindoser har administrerats under året och rekommendationer om att stanna hemma vid minsta symptom har haft negativ effekt på sjuktalet.

I februari flyttade äldreboendeverksamheten från Plommonvägen 2 och 4 till det nya äldreboendet på Västerhagsvägen.

En ny hemtjänstorganisation sjosattes vid årsskiftet. Under våren sa den privata utföraren inom hemtjänsten upp sitt avtal med kommunen vilket på kort tid medförde att egenregin nästan fördubblades.

Förvaltningen och nämnden har trots belastningen under året även lyckats arbeta vidare med utvecklingsinsatser. Planering inför starten av nästa äldreboende, 2028, och uppstart av en ny servicebostad LSS, har tagit resurser i anspråk under året. Byggnationen av de två nya gruppboendena är i full gång och beräknas tas i drift under 2023.

Förvaltningen har anställt en samordnare för arbetet mot våld i nära relation. Målgruppen äldre med demenssjukdom ökar. Förvaltningen har utökat demensteamet med en till demensvårds-konsulent, för att kunna möta medborgarnas behov på ett bättre sätt.

I verksamheten som riktar sig till personer med insatsbeslut enligt LSS har en stor satsning genomförts tillsammans med bland annat kommunens valsamordnare. Satsningen har syftat till ge målgruppen en bättre förberedelse inför årets val och därmed öka valdeltagandet. Flera av LSS-verksamheterna har påbörjat att införa Boet, ett digitalt planeringsverktyg som tydliggör insatserna bättre för brukare och personal.

Rehab-enheten har blivit en egen enhet och en enhetschef har rekryterats. Verksamheten Öppen träffpunkt för äldre har organisatoriskt flyttat över till Rehab-enheten för att förstärka och utveckla det förebyggande arbetet.

Samverkan med regionen inom Effektiv och nära vård fortsätter. Många delprojekt är försenade på grund av pandemin. Under hösten planeras dock för uppstart av arbetet med vårdcentrum.

Förvaltningen har fortsatt arbetet med heltidsresan och centralbemanningen har arbetat vidare med utvecklingen av optimerad bemanning.

## Måluppfyllelse

Nämndens mål är delvis uppfyllda. Många mål redovisas inte i delårsuppföljningen utan först vid årets slut.

## Ekonomi

Vård- och omsorgsnämnden lämnar en prognos på ett underskott om 10,8 miljoner kronor.

Den pågående pandemin med covid-19 har påverkat nämndens verksamheter under året. Regler och rekommendationer kopplade till åtgärder för att minska smittspridning, exempelvis att inte gå till jobbet med symptom, har medfört ökade personalkostnader. Prognosen för årets kommande månader är att covid medför en låg ekonomisk påverkan på verksamheterna.

Nämnden kommer att kunna finansiera delar av sin verksamhet med statsbidrag vilket är medräknat i föreliggande prognos. Nämnden har under 2022 totalt drygt 16 miljoner kronor i

riktade statsbidrag. Bidragen avlastar till del driftkostnader från ordinarie verksamhet och bekostar till del riktade satsningar utöver ordinarie drift. Totalt har förvaltningen en planerad förbrukning motsvarande cirka 15 miljoner kronor.

Jämfört med föregående prognos har hemtjänst i egen regi kraftigt försämrat sitt förväntade helårsresultat, både till följd av att verksamheten inte rymmer kostnaderna för utförande inom den ersättning som de biståndsbedömda timmarna genererar, men också till följd av merkostnader som uppstått i samband med övertag av timmar som tidigare tillhört privat utförare. Hemsjukvård och personlig assistans i kommunal regi redovisar högre kostnader än tidigare för att bemanna verksamheterna.

Sammantaget kan man konstatera att nämnden per augusti 2022, prognostiserar ett sämre resultat än budgeterat. I huvudsak beroende på kraftigt försämringar i prognos för hemtjänsten men också beroende på viss felbudgetering i verksamheten särskilt boende för äldre.

## 2 Väsentliga händelser

Året 2022 inleddes med att restriktionerna till följd av Covid-19 återigen skärptes. Verksamheterna inom nämndens område påverkades mer eller mindre direkt och mycket arbete lades på att minska smittspridning och förebygga svår sjukdom. Fler vaccindoser har administrerats under året och rekommendationer om att stanna hemma vid minsta symptom har haft negativ effekt på sjuktalen.

I februari flyttade äldreboendeverksamheten från Plommonvägen 2 och 4 till det nya äldreboendet på Västerhagsvägen.

En ny hemtjänstorganisation sjuösettes vid årsskiftet. Under våren sa den privata utföraren inom hemtjänsten upp sitt avtal med kommunen vilket på kort tid medförde att egenregin nästan fördubblades. Verksamheten klarade inte att tillräckligt snabbt rekrytera nya medarbetare för att möta den ökade volymen vilket medförde omfattande och stora problem under större delen av sommaren. Trots åtgärder lyckades inte verksamheten att fullt ut upprätthålla den kvalitet som den enskilde har rätt att förvänta sig. Åtgärderna har dock haft effekt och avvikelser och klagomål har successivt minskat fram till prognostillfället.

Förvaltningen och nämnden har trots belastningen under året även lyckats arbeta vidare med utvecklingsinsatser. Arbete med 0-vision demens har gått framåt och arbetet fortsätter. Förvaltningen har på nämndens uppdrag utrett möjligheten att införa så kallade distanslarm, presenterat en utvärdering av hemvårdsbidraget och besvarat motioner. Nämnden har också antagit ett antal nya riktlinjer under året, för skyddsåtgärder inom vård och omsorg, för medicintekniska produkter, för arbetet mot våld i nära relation och för social dokumentation. Nämnden har också antagit en strategi för arbetet med tidiga samordnade insatser samt återrapporterat arbetet med projektet Cykling utan ålder och tagit fram en gemensam beskrivning av utformning och målsättning med kostverksamheten på särskilt boende för äldre.

Planering inför starten av nästa äldreboende, 2028, och uppstart av en ny servicebostad LSS, har också tagit resurser i anspråk under året. Byggnationen av de två nya gruppboendena är i full gång och beräknas tas i drift under 2023.

Förvaltningen har anställt en samordnare för arbetet mot våld i nära relation. Målgruppen äldre med demenssjukdom ökar. Förvaltningen har utökat demensteamet med en till demensvårds-konsulent, för att kunna möta medborgarnas behov på ett bättre sätt. Verksamheten har bytt system för informationsöverföring mellan kommun och region, vilket inledningsvis påverkade utskrivningsprocessen från slutenvården negativt.

I verksamheten boendestöd inom socialpsykiatri har en metodansvarig tillsatts med målet att säkra kompetensen i verksamheten i samverkan med avdelningens stödpedagognätverk vilket

även planeras att införas på arbetsstödet under hösten. Arbetsstödet inom socialpsykiatri fortsätter sin handledning inom IPS i syfte att vidare stärka vårt arbetssätt och metodtrogenhet där vi under hösten även kommer att inleda en utökad samverkan med Enköpings kommun. Socialpsykiatriens lokaler har renoverats under sommaren för att skapa ändamålsenliga lokaler för målgruppen.

I verksamheten som riktar sig till personer med insatsbeslut enligt LSS har en stor satsning genomförts tillsammans med bland annat kommunens valsamordnare. Satsningen har syftat till ge målgruppen en bättre förberedelse inför årets val och därmed öka valdeltagandet. Flera av LSS-verksamheterna har påbörjat att införa Boet, ett digitalt planeringsverktyg som tydliggör insatserna bättre för brukare och personal.

Nämnden är med och delfinansierar den nya arbetsmarknadsenheten. Arbetsstödet har tillsammans med Arbetsmarknadsenheten påbörjat implementeringen av ett gemensamt progressionsmättningsverktyg SMAIL (Skattning Mot Arbete I Länet) vilket är ett projekt initierat av Samordningsförbundet. Daglig verksamhet LSS har kommit igång igen efter pandemin och har också startat upp ny verksamhet, två arbetstagare har lämnat daglig verksamhet för övergång till lönearbete.

Rehab-enheten har blivit en egen enhet och en enhetschef har rekryterats. Verksamheten Öppen träffpunkt för äldre har organisatoriskt flyttat över till Rehab-enheten för att förstärka och utveckla det förebyggande arbetet.

Samverkan med regionen inom Effektiv och nära vård fortsätter. Många delprojekt är försenade på grund av pandemin. Under hösten planeras dock för uppstart av arbetet med vårdcentrum.

Förvaltningen har fortsatt arbetet med heltidsresan och centralbemanningen har arbetat vidare med utvecklingen av optimerad bemanning.

### 3 Uppföljning kvalitet och mål


#### 3.1 Perspektiv: Målgrupp

##### 3.1.1 Kritisk kvalitetsfaktor: Självbestämmande, delaktighet och inflytande

— Ingen bedömning

#### Analys

Resultat finns endast att tillgå för enstaka kvalitetsmått då samtliga aktiviteter ännu inte har genomförts vid delårsuppföljningen. Nämnden är dock i fas med att utföra aktiviteter enligt de uppställda kvalitetsmåten. Resultat redovisas per helår varför ingen bedömning sker inför delårsuppföljningen.

Kvalitetsmått	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	89%	88%		89%
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	79 %	94 %		75 %
<b>Resultat från nationella brukarundersökningar inom äldreomsorg och funktionshinderområdet</b>				
Resultat av uppställd intern kontroll för delaktighet och inflytande i genomförande av insats	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	 Låg kvalitetsnivå

### 3.1.2 Kritisk kvalitetsfaktor: Professionellt bemötande och tillgänglighet

— Ingen bedömning

#### Analys

Resultat finns endast att tillgå för enstaka kvalitetsmått då samtliga aktiviteter ännu inte har genomförts vid delårsuppföljningen. Nämnden är dock i fas med att utföra aktiviteter enligt de uppställda kvalitetsmåten. Resultat redovisas per helår varför ingen bedömning sker inför delårsuppföljningen.

Kvalitetsmått	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall
<b>Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)</b>	98%	97%		96%
<b>Resultat från nationella brukarundersökningar inom äldreomsorg och funktionshinderområdet</b>				
<b>Utfall inkomna synpunkter, klagomål och avvikelshantering</b>	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	— Ingen bedömning
<b>Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)</b>	91 %	100 %		92 %

### 3.1.3 Kritisk kvalitetsfaktor: Individanpassade insatser

— Ingen bedömning

#### Analys

Resultat finns endast att tillgå för enstaka kvalitetsmått då samtliga aktiviteter ännu inte har genomförts vid delårsuppföljningen. Nämnden är dock i fas med att utföra aktiviteter enligt de uppställda kvalitetsmåten. Resultat redovisas per helår varför ingen bedömning sker inför delårsuppföljningen.

Kvalitetsmått	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall
<b>Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)</b>	69%	65%		61%
<b>Antalet ej verkställda beslut ska minska</b>	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts
<b>Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillräckligt med tid, andel (%)</b>	70 %	82 %		64 %
<b>Resultat från nationella brukarundersökningar inom äldreomsorg och funktionshinderområdet</b>				
<b>Resultat av uppställd intern kontroll för kompetensnivå och arbetssätt</b>	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	■ God kvalitetsnivå
<b>Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde</b>				

### 3.1.4 Kritisk kvalitetsfaktor: Effektiv och rättssäker handläggning

— Ingen bedömning


## Analys

Nämnden genomför undersökning enligt KKiK och redovisar årligen utfall i KOLADA-måttbank. Statistiken publiceras under december månad via RKA. Nämnden är i fas med att genomföra undersökning för 2022 med start under september och oktober 2022.

Nämnden säkerställer att verksamheterna genomför egenkontroller enligt gällande bestämmelser i lagen, resultat för totalen redovisas per helår.

Kvalitetsmått	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall
Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser), medelvärde				
Väntetid i antal dagar från beslut till insats avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde				
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde				
Resultat egenkontroll inom myndighetsutövning				Har uppnåtts

### 3.1.5 Utvecklingsmål: Nämnden ska utveckla arbetet med att bryta social isolering och utveckla arenor för att underlätta för nämndens målgrupper att inkluderas i sociala sammanhang


 Helt uppfyllt

## Analys

Nämnden utför uppställda aktiviteter för att säkerställa att utvecklingsmålet uppfylls. Bedömningen är därför att nämnden bedriver det nödvändiga arbete som krävs och uppställts enligt tidsplan. Det arbete som bedrivs satsar särskilt på att vidareutveckla utbudet och utformning av sociala aktiviteter, upprätta en insatskatalog för biståndsbedömda insatser samt utveckla användandet av digitala hjälpmedel för kommunikation på individ- och gruppnivå.

Nyckelindikator	Utfall 2021	Måltal	Utfall	Måluppfyllnad
Genomförda aktiviteter kopplade till målet	1			

### 3.1.6 Utvecklingsmål: Nämnden ska säkra målgruppernas inflytande på verksamhetsnivå

 Helt uppfyllt

## Analys

Nämnden utför uppställda aktiviteter för att säkerställa att utvecklingsmålet uppfylls. Bedömningen är därför att nämnden bedriver det nödvändiga arbete som krävs och uppställts enligt tidsplan. De satsningar som genomförs avser riktade åtgärder för att utveckla arbetet med synpunkter, avvikelser och klagomål, genomföra årets nationella brukarundersökning samt återta och starta upp brukar- och matråd inom nämndens utförarverksamheter.

Nyckelindikator	Utfall 2021	Måltal	Utfall	Måluppfyllnad
Genomförda aktiviteter kopplade till målet	1			



## 3.2 Perspektiv: Verksamhet

### 3.2.1 Kritisk kvalitetsfaktor: Valfungerande dialog mellan tjänstemän och politiker

#### Bedömning

— Ingen bedömning

#### Analys

Bedömning av måluppfyllnad redovisas för helår, ingen bedömning sker därmed vid delårsuppföljningen.

Kvalitetsmätt	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall
Antal ärenden som lämnas från politiken till tjänsteman utanför nämndprocessen ska minska	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts

### 3.2.2 Kritisk kvalitetsfaktor: Systematiskt kvalitetsarbete SoL, LSS

#### Bedömning

■ Låg kvalitetsnivå

#### Analys

Verksamheterna jobbar aktivt med att avvikelser inom SoL/LSS rapporteras och åtgärdas för att säkerställa att de insatser som ges är av god kvalitet. Efter genomförd sammanställning av delårets avvikelser, synpunkter och klagomål framkommer fortsatt behov av att arbeta vidare med bedömning av avvikelser samt processen när händelser behöver utredas vidare enligt lex Sarah samt tillgängligheten för brukare/anhörig i nämndens samtliga verksamheter vad gäller synpunkt- och klagomålshantering. Arbetet är redan påbörjat inom förvaltningen på enhetsnivå såväl som på förvaltningsnivå genom en tillsatt arbetsgrupp som ser över styrdokument inom området. Vid sammanställning på aggregerad nivå framkommer vissa svårigheter med analys när majoriteten av avvikelser hamnar i område övrigt. Verksamheten uppnår därmed inte god kvalitetsnivå fullt ut inom alla områden vid delårsuppföljningen, utvecklingsarbetet pågår. Nämnden får en separat rapport över avvikelser med tillhörande analys och förslag på åtgärder vid sammanträde.

Kvalitetsmätt	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall
Avvikelser SoL/LSS				

Totalt har ca 580 avvikelser, synpunkter och klagomål upprättats och tagits emot inom nämndens verksamheter under perioden 1 januari – 31 augusti 2022, (jmf med 268 delår 2021). En orsak till ökningen är den stora mängd avvikelser och synpunkter/klagomål som rapporterats och mottagits inom hemtjänsten egen regi under våren och sommaren.

### 3.2.3 Utvecklingsmål: Nämndens ska säkerställa att det finns rätt kompetens inom nämndens verksamheter

#### Bedömning

● Helt uppfyllt

#### Analys

Nämnden utför uppställda aktiviteter för att säkerställa att utvecklingsmålet uppfylls.

Bedömningen är därför att nämnden bedriver det nödvändiga arbete som krävs och uppställts enligt tidsplan. De primära utvalda satsningarna fokuserar på att färdigställa kompetensprofiler och ansvarsbeskrivningar, kartlägga kommande kompetensförsörjningsbehov samt utforma anpassat förfarande och kommunikationsstöd för målgrupperna i mötet med socialtjänsten.

Nyckelindikator	Utfall 2021	Måltal	Utfall	Måluppfyllnad
Genomförda aktiviteter kopplade till målet	1		3	

Aktiviteter pågår enligt planering,

### 3.3 Perspektiv: Medarbetare

### 3.4 Perspektiv: Ekonomi

#### 3.4.1 Kritisk kvalitetsfaktor: God ekonomisk hushållning

##### Bedömning

■ God kvalitetsnivå

##### Analys

Förvaltningens bedömning är att den kritiska kvalitetsfaktorn håller god kvalitetsnivå. Alla verksamheter har en hög ekonomisk medvetenhet och arbetar aktivt med att söka effektivare lösningar.

Det prognostiserade underskottet har sin grund i två delar, hemtjänstens kraftigt försämrade prognos samt felbudgetering i en nystartat äldreboendeverksamhet.

Kvalitetsmått	Avvikelse 2019	Avvikelse 2020	Avvikelse 2021	Avvikelse 2022
Ekonomiskt utfall, avvikelse mot budget				

#### 3.4.2 Kritisk kvalitetsfaktor: Korrekta underlag för prognossäkerhet

##### Bedömning

Ingen bedömning har genomförts

##### Analys

Bedömning kan göras först vid årsbokslut.

## 4 Volym- och resursmätt

### 4.1 Volymmätt

Mått	Utfall 2021	Utfall aug 2021	Utfall aug 2022	Budget 2022	Progno s 2022
Antal platser särskilt boende SoL äldre	123		128	127	128
Antal beviljade dygn korttidsboende SoL äldre			2 333	4 250	4 100
Antal biståndsbedömda timmar hemtjänst (LOV)			58 210	101 000	95 000
Antal personer med beslut om trygghetslarm			576	629	590
Antal platser särskilt boende LSS § 9:9 (vuxna) - egen regi			45	48	55
Antal personer med beslut om daglig verksamhet LSS § 9:10			87	90	90
Antal personer med insats inom socialpsykiatri			85	130	100
Totalt antal personer per årsarbetare sjuksköterska i ordinärt boende			30	30	30
Totalt antal personer per årsarbetare sjuksköterska i särskilt boende för äldre			20	20	20
Antal biståndsbedömda timmar personlig assistans LSS			25 700	44 200	40 800
Antal personer med insats personlig assistans SFB			22	22	22

## 5

## 6 Driftredovisning

### Prognosrapport

	Budget 2022	Utfall jan-aug	Prognos för året	Avvikelse budget pro	Bokslut 2021
Nämndverksamhet	-398	-180	-398	0	-266
Nämndadministration	-277	-184	-288	-11	-232
Förvaltningsövergripande	-17 385	-13 039	-19 727	-2 342	-11 960
Hemtjänst i ord. boende	-53 885	-46 767	-68 104	-14 219	-53 911
Särskilt / annat boende	-99 919	-67 806	-98 467	1 452	-88 367
Korttidsboende	-17 510	-10 023	-16 017	1 493	-14 106
Dagverksamhet	-5 035	-2 935	-4 756	279	-3 883
Boendestöd	-4 395	-2 800	-4 445	-50	-4 552
Öppen verksamhet	-6 004	-3 596	-5 720	284	-4 399
Övr insatser ord. boende	-1 160	-846	-1 300	-140	-1 100
Handläggning SoL	-6 435	-4 094	-6 789	-354	-5 857
Personlig assistans	-26 738	-16 696	-25 217	1 521	-24 155
Särskilt boende LSS	-56 357	-33 800	-53 961	2 396	-51 091
Daglig verksamhet LSS	-16 002	-9 563	-15 938	64	-12 903
Övriga insatser LSS	-4 851	-2 478	-4 275	576	-3 188
Handläggning LSS	-2 681	-2 244	-3 385	-704	-2 307
Färdtjänst	-8 587	-5 316	-8 362	225	-7 149
Hälso- och sjukvård	-37 759	-27 384	-38 879	-1 120	-34 308
Bostadsverksamhet	-50	-128	-200	-150	-125
Summa	-365 428	-249 878	-376 228	-10 800	-323 860

## 7 Kommentarer till driftredovisning

Vård- och omsorgsnämnden lämnar en prognos på ett underskott om 10,8 miljoner kronor.

Den pågående pandemin med covid-19 har påverkat nämndens verksamheter under året. Regler och rekommendationer kopplade till åtgärder för att minska smittspridning, exempelvis att inte gå till jobbet med symtom, har medfört ökade personalkostnader i nästintill samtliga verksamheter. Prognosen för årets kommande månader är att covid medför en låg ekonomisk påverkan på verksamheterna.

Nämnden kommer att kunna finansiera delar av sin verksamhet med statsbidrag vilket är medräknat i föreliggande prognos. Nämnden har under 2022 totalt drygt 16 miljoner kronor i riktade statsbidrag. Bidragen avlastar till del driftkostnader från ordinarie verksamhet och bekostar till del riktade satsningar utöver ordinarie drift. Totalt har förvaltningen en planerad förbrukning motsvarande cirka 15 miljoner kronor.

Jämfört med föregående prognos har hemtjänst i egen regi kraftigt försämrat sitt förväntade helårsresultat, både till följd av att verksamheten inte rymmer kostnaderna för utförande inom den ersättning som de biståndsbedömda timmarna genererar, men också till följd av merkostnader som uppstått i samband med övertag av timmar som tidigare tillhört privat utförare. Hemsjukvård och personlig assistans i kommunal regi redovisar högre kostnader än tidigare för att bemanna verksamheterna. Förvaltningsövergripande redovisar högre

personalkostnader än budgeterat.

Jämfört med budget prognostiseras markant högre kostnader för hemtjänst i kommunal regi. Högre kostnader prognostiseras också för hemsjukvård och förvaltningsövergripande. Lägre kostnader prognostiseras för särskilt boende LSS, personlig assistans, särskilt boende äldre samt korttidsboende för äldre.

### **Förvaltningsövergripande underskott 2,3 miljoner kronor**

Underskottet beror på kostnader för inhyrd chef samt personalkostnader som budgeterats i verksamhet men nu redovisas förvaltningsövergripande vilket medför lägre kostnader i de verksamheter som budgeterat denna kostnad. Förvaltningsövergripande redovisar högre personalkostnader än budgeterat.

### **Hemtjänst i ordinärt boende underskott 14,2 mkr**

Kostnaden för att köpa hemtjänst prognostiseras att bli ca 0,5 miljoner kronor lägre än vad som budgeterats till följd av något lägre volymer biståndsbedömda timmar än budgeterat.

Hemtjänstutförare i kommunal regi prognostiserar ett underskott på cirka 14,6 miljoner kronor jämfört med budget. Anledningen till underskottet är att verksamheten inte ryms i den intäkt som de biståndsbedömda hemtjänsttimmarna genererar.

Det prognostiserade underskottet orsakas av framförallt två olika faktorer. Kostnaderna i egenregi för att utföra de beviljade insatstimmarna ryms inte i den intäkt som hemtjänstersättningen genererar. När verksamheten tog över den volym som tidigare utförts av en privat utförare så medförde den ökade volymen också ett ökat underskott.

Kommunal hemtjänstutförare har under sommaren tagit över den volym som tidigare tillhört privat utförare, detta innebär cirka en fördubbling av antal hemtjänsttimmar som utförs av kommunal utförare. Övertagandet har medfört initiala uppstartskostnader men också en stor utmaning att lösa bemanningen för den högre volymen vilket lett till stora merkostnader för framför allt inhyrd personal men också betydande övertidskostnader för anställd personal.

Verksamheten följer noga utvecklingen och har som uppdrag att vidta åtgärder för att minimera verksamhetens underskott.

### **Särskilt/annat boende SoL överskott 1,5 miljoner kronor**

I budgeten för särskilt boende för äldre finns utrymme för köp, alternativt drift i kommunal regi, av ytterligare åtta platser under cirka ett halvår. Förvaltningen bedömer utifrån nuvarande läge att det behovet inte kommer att finnas under året vilket medför ett stort överskott för köp.

Hyseskostnaden för särskilt boende är högre än budgeterat. Avvikelsen beror på att 10 platser som budgeterades att användas till korttidsboende istället används som särskilt boende.

För särskilt boende för äldre i egen regi prognostiseras ett underskott. Underskottet beror till stor del på en för låg tilldelad budgetram för nystartad verksamhet. Underskottet uppgår till ca 6 miljoner kronor. Delar av verksamheten har kunnat finansieras med statsbidrag vilket påverkar föreliggande prognos positivt.

Arbetstidsmättet för natt minskas från och med den 1 april. Det förändrade arbetstidsmättet innebär en högre kostnad för samma antal arbetade timmar. Den högre kostnaden finansieras med statsbidrag och utgör ingen avvikelse mot budget.

### **Korttidsboende SoL överskott 1,5 miljoner kronor**

Korttidsboende har en förändrad lokalanvändning vilket medför en lägre lokalkostnad än budgeterat.

Prognosen för köp av korttidsplatser är förbättrad jämfört med föregående prognos men utgör

fortsatt ett underskott mot budget. Underskottet beror främst på att den budgeterade utökningen av fyra korttidsplatser inte genomförts. Verksamheten har med anledning av detta tvingats köpa platser utanför kommunen under året. Den förbättrade prognosen beror på att insatsen under sommaren har kunnat verkställas i egen regi och inget behov av köpt korttids har funnits.

Korttidsboendet har haft högre kostnader för nattbemanning utifrån arbetsmiljö och brandskydd. Delar av kostnaden har kunnat finansieras med statsbidrag.

Arbetstidsmättet för natt minskas från och med den 1 april. Det förändrade arbetstidsmättet innebär en högre kostnad för samma antal arbetade timmar. Den högre kostnaden finansieras med statsbidrag och utgör ingen avvikelse mot budget.

#### **Dagverksamhet överskott 279 000 kronor**

Arbetsstöd socialpsykiatri prognostiserar ett överskott till följd av en avbruten rekrytering av arbetscoach då volymerna inte ökat i den takt som förväntats.

#### **Öppen verksamhet överskott 284 000 kronor**

Öppen träffpunkt för äldre prognostiserar lägre personalkostnader på helår bland annat till följd av att personal lånats ut till annan verksamhet.

#### **Handläggning SoL underskott 354 000 kronor**

Handläggning SoL prognostiserar ett underskott till följd av en obudgeterad utökning om 50% inom området socialpsykiatri till följd av ökade volymer.

#### **Personlig assistans överskott 1,5 miljoner kronor**

Kostnaden för köp av personlig assistans LSS bedöms bli lägre till följd av ett lägre antal biståndsbedömda timmar än budgeterat. Utförare av personlig assistans i kommunal regi redovisar ett underskott till följd av högre personalkostnader än budgeterat.

#### **Särskilt boende LSS överskott 2,4 miljoner kronor**

Särskilt boende LSS prognostiserar en lägre kostnad än budgeterat främst till följd av ett lägre behov av att köpa externa boendeplatser men också till följd av framflyttad verksamhetsstart. Verksamheten i egen regi har ett resultat ungefär i nivå med budget, men variationer finns mellan enheterna.

#### **Övriga insatser LSS överskott 576 000 kronor**

För insatsen korttidsboende för barn och unga samt korttidstillsyn prognostiserar förvaltningen lägre kostnader till följd av lägre volymer samt senarelagda insatser. Insatsen avlösning/ledsagning prognostiserar något högre volymer och kostnad.

#### **Handläggning LSS underskott 704 000 kronor**

Handläggning LSS prognostiserar ett underskott till följd av en ofinansierad utökning med 50% tjänst samt högre kostnader för bemanning då verksamheten har behövt använda bemanningsföretag under tiden som tjänster är vakanta.

#### **Hälso- och sjukvård underskott 1,1 miljoner kronor**

Hemsjukvård redovisar en prognos på ett underskott med ca 750 000 kronor. Verksamheten prognostiserar högre kostnader för bemanning då inhyrd personal behöver användas till följd av svårigheter med att rekrytera ordinarie personal samt en ökad belastning till följd av hemtjänstens ansträngda situation under sommaren. En del av merkostnaden för bemanning prognostiserar förvaltningen att kunna finansiera med det generella statsbidraget "Prestationsbaserat statsbidrag till kommuner i syfte att utöka bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden" som nämnden har begärt tilläggsbudget för.

Kostnaden för hjälpmedel prognostiseras att bli högre än budgeterat. Underskottet är relaterat till ökade kostnader för i stort sett alla hjälpmedelsgrupper och även ökade kostnader för service och rekonditionering av hjälpmedel.

Hemrehab redovisar en prognos ungefär i nivå med budget. Inom rehab har ett projekt startat för att utveckla arbetet med förebyggande och öppna insatser. Projektet har också medfört en omorganisation där öppen träffpunkt nu tillhör rehabenheten. Projektet har delvis finansierats med statsbidrag.

## 7.1 Ekonomiska effekter av coronapandemin

Regler och rekommendationer kopplade till åtgärder för att minska smittspridning, exempelvis att inte gå till jobbet med symtom, har medfört ökade personalkostnader i nästintill samtliga verksamheter. Förvaltningen köper också till följd av covid-19 in personlig skyddsutrustning. Prognosen för årets kommande månader är att covid-19 medför en låg ekonomisk påverkan på verksamheterna.

Ekonomiska effekter i samband med pandemin, tkr	Jan-aug	I prognos helår
Bokfört:		
Hemtjänst i ordinärt boende	-860	-1 060
Särskilt boende SoL äldre	-268	-268
Korttidsboende SoL äldre	-36	-36
Dagverksamhet	-5	-5
Personlig assistans	-581	-781
Särskilt boende LSS	-305	-305
Hälso- och sjukvård	-80	-80
Förbrukningsmaterial; personlig skyddsutrustning	-159	-159
Ej bokfört:		
Summa	-2 294	-2 694

## 7.2 Innebär prognosen ett underskott jämfört med budget?

Prognosen som lämnas per augusti utgör ett underskott mot budget med 10,8 miljoner kronor.

Enligt kommunens ekonomistyrprinciper är förvaltningen skyldig att föreslå åtgärder för att nämndens verksamhet ska kunna redovisa ett resultat i balans med budget.

### Vidtagna åtgärder som ingår i helårsprognos:

Inom området hemtjänst, där nämnden redovisar ett stort underskott, pågår arbetet med att åtgärda och effektivisera verksamheten. Ansvariga för verksamheten arbetar med att uppnå en högre effektivitet vilket innebär att mer av den arbetade tiden utförs hos brukare.

Verksamheten behöver nå en så hög nivå att kostnaderna ryms i den tilldelade timbaserade ersättningen. Prognosen innehåller en ökande effektivitet för årets kommande månader, vilket medför en lägre kostnad för personal. Verksamheten har också i redovisad prognos förutsatt att behovet av inhyrd bemanning kommer att upphöra per utgången av oktober. Sammantaget bedöms detta innebära en effektiviseringsåtgärd om cirka 2,2 miljoner kronor vilket är medtaget i presenterad prognos.

Verksamheten arbetar kontinuerligt med att följa biståndsbedömda volymer, kartlägga den optimala bemanningsnivån och gör noggranna analyser av ekonomiskt utfall i kombination med både ekonomisk uppföljning och planering. Verksamheten i kommunal regi har en plan för att nå en ekonomi i balans i ingången till år 2023.

Förvaltningen har också identifierat ett behov av att höja timersättningen vilket tagits höjd för i budgetarbetet för år 2023. Åtgärden påverkar inte utfallet i 2022 men ger bättre förutsättning till en ekonomi i balans under år 2023.

Möjliga genomförbara åtgärder att vidta som har effekt i år 2022:

Nämndens kostnader består till stor del av personalkostnader och lokalkostnader. Åtgärder som sänker de kostnaderna tar tid att verkställa och har därför ingen effekt i år 2022. Förvaltningen lyckas därför inte identifiera andra åtgärder än en allmän återhållsamhet, vilket bland annat handlar om att pröva tillsättande av vakanta tjänster och aktivt ta ställning till huruvida kommande utgifter i nämndens samtliga verksamheter kan omprövas alternativt senareläggas. Effekten av de åtgärderna är svårbedömd och kommer med stor sannolikhet inte att åtgärda det prognostiserade underskottet.

Förvaltningen lyckas inte identifiera åtgärder som ger en prognos i balans med budget och efterfrågar därför nämndens inriktningsbeslut gällande vilka ytterligare åtgärder som nämnden vill att förvaltningen ska genomföra för att nå en ekonomi i balans.

### 7.3 Nämndens behandling av ekonomiuppföljning

#### Ekonomiuppföljning per februari, prognos enligt budget

2022-04-05 VON§26 Dnr 2022/00006

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna ekonomiuppföljningen per februari 2022 och överlämnar den till kommunstyrelsen.

#### Ekonomiuppföljning per mars, prognos enligt budget

2022-05-03 VON§38 Dnr 2022/00006

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna ekonomiuppföljningen per mars 2022 och överlämnar den till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

## 8 Investeringsredovisning

### 8.1 Investeringsredovisning

(P) före projektnamnet betyder att budgeten är preliminär och att igångsättningsbeslut inte är fattat.

	Budget totalt	Prognos totalt	Utfall tom 2021	Utfall Jan-Aug	Budget 2022	Prognos helår	Avvikelse budge prog
50	Förvaltningsövergripande						
4393	VON förv kontors möbl2022			-98		-200	-200
51	Vård & omsorg äldr+funkt						
4051	invent Västerhagsv 3 år			-470		-480	-480
4177	invent Västerhagsv 5 år			-193		-200	-200
4178	träningsträff 2022			-65			
4384	invent Västerhagsv 10år			-2 004	-6 600	-2 265	4 335
4388	inv Dalängen 2022				-215	-215	



	Budget totalt	Prognos totalt	Utfall tom 2021	Utfall Jan-Aug	Budget 2022	Prognos helår	Avvikelse budge prog
4389					-185		185
4391				-753		-755	-755
4392				-300		-300	-300
4395						-80	-80
4396						-50	-50
52							
4390					-100	-120	-20
4394						-80	-80
<b>Summa</b>				<b>-3 883</b>	<b>-7 100</b>	<b>-4 745</b>	<b>2 355</b>

## 9 Kommentarer till investeringsredovisning

Investeringsprognosen redovisar ett överskott om ca 2,3 miljoner kronor jämfört med budget.

Det huvudsakliga överskottet beror på att kostnaden för inventarier till det nya särskilda boendet för äldre är lägre än budgeterat. Investeringsbeloppet är lägre än budgeterat för år 2022 då en del investeringar genomfördes under år 2021.

Både budget och prognos rymmer också inventarier till den nya servicebostaden LSS som kommer att öppna senare under året.

Under året har obudgeterade investeringsbehov uppstått för inventarier i form av verksamhetsmöbler, taklift samt kontorsmöbler i samband med flytt.

## 10 Intern kontroll

Nämnden har sedan 2020 en antagen struktur för hur nämnden systematiskt ska arbeta med den interna kontrollen i enlighet med 6 kap. 6 § kommunallagen. Nämnden har utifrån upprättad bruttolista identifierat ett flertal områden som ligger till grund för nämndens internkontrollplan 2022. Genom riskanalyser har tre processer identifierats som bedöms som kritiska för målgrupperna inom nämndens ansvarsområde. Dessa processer är kompetensförsörjning, genomförandedokumentation och genomförande.

Den interna kontrollen har utförts enligt plan kring samtliga processer och kommer att redovisas till nämnd i december 2022 med eventuella förslag till åtgärder. Kontrollmatriser såväl som enkäter har upprättats för att kunna genomföra internkontrollen enligt planering. Arbetet med att säkerställa systemet för intern kontroll bedöms vara väl uppfyllt.

Resultaten påvisar att verksamheterna har påbörjat utföra det utvecklingsarbete som ingick i åtgärdsplanen i samband med resultaten för 2021. Arbetet med åtgärdsplanen fortskrider enligt planering året ut vilket innebär att brukarundersökningen tillhörande process genomförande såväl som kontroll av kompetens och arbetsätt tillhörande process kompetensförsörjning inte bedöms kvarstå som internkontrollpunkter i internkontrollplan för 2023.

Processen genomförandedokumentation avser omfattande kontrollpunkter för samtliga verksamheter och bedöms vara nödvändig för att säkerställa att verksamheten fullföljer sitt

grunduppdrag enligt rådande lagstiftning. Bedömning utifrån resultat är att verksamheten inte fullt ut uppnår dokumentationskravet som föreligger enligt SOSFS 2014:5 (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS). Processen med tillhörande kontrollpunkter föreslås därför kvarstå och inrymmas i internkontrollplanen för 2023.

## 10.1 Uppföljning intern kontroll

# 11 Personal

### Personalsituationen i nämndens verksamheter.

Nämndens medarbetare har belastats hårt de senaste två åren på grund av den pågående pandemin Covid-19. Det systematiska arbetsmiljöarbetet har blivit eftersatt men ett intensivt arbete pågår för att kvalitetssäkra arbetet. Samtliga verksamheter har genomfört skyddsron OSA under våren, resultatet redovisade för nämnden i augusti månad. Arbetet med att ta fram en introduktionsplan och en nämndövergripande kompetensutvecklingsplan har påbörjats. Nämnden har också beslutat att avvakta ett pågående utredningsuppdrag initierat av socialstyrelsen, innan nämnden fattar vidare beslut angående språktester vid nyrekrytering. Nämnden har fattat beslut om att, i avvaktan på utredningens ställningstagande, börja arbeta med en modell där den sökande skriftligt besvarar ett etiskt dilemma i samband med rekrytering av baspersonal.

En kartläggning av det systematiska arbetsmiljöarbetet genomförde i augusti och en medarbetarenkät genomfördes i månadsskiftet augusti/september. Inom äldreomsorgen har nämnden påbörjat arbetet med heltidsresan. Under året har ett nytt heltidsmått för de som arbetar vaken natt trätt i kraft.

En mängd kompetensutvecklingsinsatser har genomförts eller planeras till hösten, bland annat en satsning på demenskunskap i form av Stjärnmärkt och en stor satsning på dokumentationsutbildning.

Hemtjänsten har haft ett mycket ansträngt år. Under 2022 har vi anställt ett 50-tal nya medarbetare. Många kommer från våra grannkommuner och kommer att kunna bidra med erfarenhet och nya perspektiv och idéer. Under 2022 infördes fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Under 2023 blir det också krav på att den fasta omsorgskontakten ska ha undersköterskeutbildning. En utredning pågår om att skydda yrkestiteln undersköterska. Efterfrågan är stor på Undersköterskor och marknaden är den sökandes.

Verksamheterna inom LSS har haft relativt lätt att nyrekrytera tillsvidareanställda med rätt kompetens. På myndighet och för chefstjänster har rekryteringsläget varit svårt. Alla chefstjänster i utförarverksamheten är dock tillsatta under året.

En kartläggning av enhetschefernas situation genomfördes under våren och förvaltningen har arbetat med olika åtgärder kopplade till resultatet, bland annat ordnas nu gemensamma chefsforum där förvaltningens samtliga chefer deltar.

Personalomsättning						
Anstform-grupp	Antal ingående anställda 2021-01-01	Antal utgående anställda 2021-08-31	Antal avslutade anställda	Antal nya anställda	Oms anställda	
2021	360	379	30	37	8,1 %	
TILLSVIDARE	360	379	30	37	8,1 %	

Personalomsättning						
2022	Anstform-grupp	Antal ingående anställda 2022-01-01	Antal utgående anställda 2022-08-31	Antal avslutade anställda	Antal nya anställda	Oms anställda
		380	431	45	65	11,1 %
	TILLSVIDARE	380	431	45	65	11,1 %

Vård- och omsorgsnämnden har haft en personalomsättning på 11,1% januari-augusti 2022. Omsättningen har ökat något från föregående år. Ökad rörlighet efter pandemiåren kan vara en förklaring.

Sjuktal					
	Kön	Tillg ord arbetstid	Sjuk antal tim avtalad arbtid	% Sjuk	
2021		401 006	43 084	10,7 %	
2021	Man	56 274	5 020	8,9 %	
2021	Kvinna	344 732	38 064	11,0 %	
2022		423 773	40 246	9,5 %	
2022	Man	70 417	4 311	6,1 %	
2022	Kvinna	353 357	35 934	10,2 %	

Den pågående pandemin och de rekommendationer som införts för att begränsa smittspridning har tryckt upp sjuktalen nämndens verksamheter.

Frisktal			
	År	Antal anställda	Heltidsfriska
	2 021	411	32,60 %
	2 022	476	33,61 %

## 12 Förväntad utveckling

Även om pandemin covid-19 inte längre har lika genomgripande påverkan kommer fortsatt vård- och omsorg att påverkas. Anvisningar från olika myndigheter kommer att påverka verksamheterna även kommande år i form av ändrade rutiner och krav på nya arbetssätt och anpassningar av lokaler och övriga förutsättningar. Personal rekommenderas fortsatt att stanna hemma vid minsta symtom vilket kommer att påverka personalkostnaderna inom nämndens område.

Covid-kommissionens rapport och ny lagstiftning på äldreområdet kommer de kommande åren med stor sannolikhet att medföra större kommunalt ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser inom framförallt äldreomsorgen. Den demografiska utvecklingen, där gruppen 80 år eller äldre i Håbo beräknas fördubblas fram till år 2030, innebär stora utmaningar att strategiskt planera men även att finansiera nämndens verksamheter.

Den demografiska utvecklingen, där gruppen 80 år eller äldre beräknas fördubblas fram till år 2030, innebär stora utmaningar. Utveckling medför troligen en kraftig volymökning gällande

verksamheter inom äldreomsorgen. Även inom LSS-området ser förvaltningen en ökande efterfrågan på insatser. Volymökningarna medför både stora investeringsbehov och ökade driftskostnader. Start och uppbyggnad av ny verksamhet medför stora utmaningar både avseende finansiering men också i form av organisatoriska utmaningar och inte minst kompetensförsörjning. Den stora volymen ny verksamhet kommer också med stor sannolikhet att påverka nämndens verksamheters nettokostnadsavvikelse negativt.

Osäkerheter gällande statsbidragens utformning och anvisningar gör att det blir svårt att förutse bidragens effekt på nämndens finansiering. Det är också svårt att använda medlen strategiskt då de ofta tilldelas kortsiktigt och med snäva definitioner av vad de kan och får användas till.

Ändrad ansvarsfördelning mellan region, primärvård och kommun ställer fortsatt krav på nämndens hälso- och sjukvårdsorganisation. Arbetet med effektiv och nära vård 2030 kommer att intensifieras under de kommande åren. Äldreomsorgens och hemsjukvårdens organisation och förutsättningar kommer med stor sannolikhet även att förändras och påverkas av nationella beslut i spåren av pandemin. Förväntade förändringar gällande anställningsvillkor för medarbetare kan komma att medföra ökade kostnader. Antalet sjukhusdygn behöver minska i framtiden vilket leder till att allt sjukare äldre vårdas i hemmet direkt efter sjukhusvistelse, detta kommer också bidra till fler köpta hemtjänsttimmar och HSL-timmar. Med anledning av detta planerar avdelningen att tillsammans med avdelningen för hemtjänst och personligassistans starta någon form av trygg hemgång under hösten 2022.

Förvaltningen ser ett fortsatt stort behov av att utveckla välfärdsteknik. Vidare ser förvaltningen ett fortsatt behov att systematiskt följa och utveckla kvaliteten inom nämndens verksamhetsområden. Upphandling av nytt verksamhetssystem kommer att ta mycket tid och fokus i anspråk. Arbetet beräknas starta under 2022 och pågå fram till årsskiftet 2023-2024.

Ny socialtjänstlag och förändrade regler gällande personlig assistans kommer att påverka nämndens målgrupper, hur och i vilken omfattning är svårt att bedöma då lagstiftningen inte ännu är formellt fastslagen.

Nämndens verksamheter är komplexa och spänner över en stor mängd olika inriktningar. Det ställer stora krav på kompetens hos förvaltningens medarbetare och ledning för att kunna erbjuda en personcentrerad och individualiserad stöd- service- och omsorgsverksamhet. Handläggningsresurser kommer att behöva tillföras för att kunna möta ärendemängd och utvecklingsbehov.

Nämnden kommer de närmaste åren att ha både ökande driftskostnader och finansieringsbehov och kommunens ekonomiska läge gör utmaningarna stora.

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Jenny Storm,  
0171 - 468 483  
jenny.storm@habo.se

## **Yttrande på motion (Båp) avseende framtagande av nytt flyktingpolitiskt program**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att överlämna yttrandet till Kommunstyrelsen.

### **Sammanfattning**

2022-07-01 inkommer en begäran om yttrande avseende rubricerad motion till Socialnämnden från Kommunstyrelsen.

Under 2019 genomförde socialförvaltningen, på uppdrag av Kommunfullmäktige, en utredning avseende framtagande av ny plan/ strategi med dess innehåll och mål. Detta resulterade efter remissförfarande i en ny integrationsstrategi med Dnr 2020/00275. Integrationsstrategin ersatte kommunens tidigare integrations- och flyktingpolitiska program och bedöms utifrån det utgöra likvärdigt styrande dokument. Förvaltningen hänvisar således att kommunens antagna integrationsstrategi och att behov av nytt program ej bedöms föreligga.

### **Ärendet**

I motionen föreslår Bålstapartiet att kommunfullmäktige beslutar att ta fram och besluta om ett nytt flyktingpolitiskt program, med inriktning på det tidigare lagda förslaget 2012 och motion från Bålstapartiet 2018 som kommunfullmäktige beviljade.

### **Ställningstagande**

Kommunens tidigare integrations- och flyktingpolitiska program antogs av kommunfullmäktige 2014-09-22. I juni 2021 antog Kommunfullmäktige en ny integrationsplan som ersatte det tidigare integrations- och flyktingpolitiska programmet. Den nya strategin har börjat implementeras i samband med framtagande av nämndens lokala styrdokument. På tjänstemannanivå har strategin i olika omfattning inkluderats i de egna verksamhetsplanerna och årsredovisningarna.

Motionen föreslår ett nytt flyktingpolitiskt program. Nämnden kan konstatera att kommunfullmäktige antagit en ny integrationsstrategi med dnr 2020/00275 där de frågeställningar som tidigare motioner avsett behandlats. Integrationsstrategi är ett kommunövergripande styrdokument som har samma legitimitet som ett program och av styrdokumentet framgår att strategin ersätter tidigare integrations- och

flyktingpolitiska programmet. Vård- och omsorgsnämnden anser att motionen redan har besvarats vid tidigare tillfällen.

**Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

**Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

**Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

**Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning.

**Beslutsunderlag**

– Denna tjänsteskrivelse nr 6406, daterad 2022-08-18

**Beslut skickas till**

Kommunstyrelsen

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sarah Wenne, Verksamhetsutvecklare  
0171-525 00  
sarah.wenne@habo.se

## Uppföljning av fixartjänst för personer under 65 år

### Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden noterar förvaltningens information.

### Sammanfattning

Under mars 2021 beslutade Vård- och omsorgsnämnden att under en försöksperiod utöka målgruppen för fixartjänsten till att också omfatta personer under 65 år med en funktionsnedsättning som medför en ökad fallrisk. Beslutet omfattade även uppföljning efter sex månader och slutlig utvärdering efter tolv månader samt att utökningen träder i kraft när fixartjänsten åter öppnar.

Förvaltningen föreslår att försöket fortgår enligt plan.

### Ärendet

Förvaltningen har genom dialog med verksamhetsansvarig chef för fixartjänsten följt upp hur det har gått med utökningen av målgrupp. I samband med uppföljningen framkommer att fixartjänsten, som under en längre tid varit stängd på grund av pandemin, åter har öppnat sin verksamhet från och med februari 2022. Varvid uppföljningen sker sex månader efter det.

Under perioden februari-augusti har det inkommit en intresseanmälan av fixartjänst från person under 65 år med funktionsnedsättning som medför ökad fallrisk, berörd person ställde in besöket och därmed har inte några tjänster utförts under denna period för aktuell målgrupp. Väntetiden för personer över 65 år har heller inte påverkats utifrån målgruppsutökningen.

Information gällande målgruppsutökning finns sedan beslutet fattades anslaget på kommunens webbplats.

Förvaltningen ser inga behov till att förändra något utifrån befintligt uppdrag från nämnden.

### Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### Barnperspektivet

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### Näringslivsperspektivet

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### Uppföljning

Beslutet kräver ingen uppföljning men förvaltningen återkommer med en slutlig utvärdering efter det att tjänsten har varit igång i 12 månader.



**Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6376, daterad 2022-08-04

---

**Beslut skickas till**



Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Jenny Storm,  
0171 - 468 483  
jenny.storm@habo.se

## **Rapportering ej verkställda gynnande beslut, kvartal 2, år 2022**

### **Förslag till beslut**

1. Vård och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens rapport av verkställighet av beslut och överlämnar den till kommunfullmäktige och kommunens revisorer för kännedom

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden är enligt kap. 16 § 6 h Socialtjänstlagen (SoL) och § 28 h lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) skyldiga att varje kvartal rapportera till fullmäktige om gynnande beslut som ej blivit verkställda. Rapportering görs även till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Beslut som avses är biståndsbeslut enligt SoL och LSS som inte blivit verkställda inom tre månader från dagen för beslut.

### **Ärendet**

För kvartal 2, år 2022, har totalt 22 beslut rapporterats in till IVO inom nämndens verksamhetsområde. Åtta beslut är enligt SoL och 14 beslut enligt LSS. Dessa rapporteringar kan avse beslut som inte har verkställts, avbrott som skett i tidigare verkställigheter eller där verkställighet skett i tidigare inrapporterade ärenden. Efter inrapporteringen för kvartal 2 är det totalt 19 beslut som är fortsatt ej verkställda.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Nämnden följer kontinuerligt upp gynnande beslut som fattats, och rapportering sker fyra gånger per år till IVO. Kommunfullmäktige och kommunens revisorer delges nämndens rapporter

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6483, daterad 2022-09-14
- Rapport nr 6487, daterad 2022-09-15

### **Beslut skickas till**

Kommunens revisorer  
Kommunstyrelsen

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Jenny Storm,  
0171 - 468 483  
jenny.storm@habo.se

## **Rapport, ej verkställda gynnande beslut, kvartal 2, år 2022**

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden är enligt kap. 16 § 6 h Socialtjänstlagen (SoL) och § 28 h lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) skyldiga att varje kvartal rapportera till fullmäktige om gynnande beslut som ej blivit verkställda. Rapportering görs även till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Beslut som avses är biståndsbeslut enligt SoL och LSS som inte blivit verkställda inom tre månader från dagen för beslut. För kvartal två, år 2022, har totalt 22 beslut rapporterats in till IVO inom nämndens verksamhetsområde. Åtta beslut är enligt SoL och 14 beslut enligt LSS. Dessa rapporteringar kan avse beslut som inte har verkställts, avbrott som skett i tidigare verkställigheter eller där verkställighet skett i tidigare inrapporterade ärenden.

### **Förändringar i verkställighet med anledning av covid-19**

Kommunernas rapportering ska ske som vanligt men eventuella förändringar i verkställighet med anledning av covid-19 ska framgå i individrapporten som skickas till IVO. Det kvarstår inga beslut från inrapporteringen för kvartal ett med koppling till pandemin, där dröjsmålet till verkställighet är relaterat till covid-19.

### **Beslut enligt SoL, funktionsnedsättning**

För kvartal två har inga beslut rapporterats in inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

### **Beslut enligt SoL, äldreomsorg**

För kvartal två har totalt åtta beslut rapporterats in inom äldreomsorg, varav tre av dem är nya för denna rapporteringsperiod. Tre beslut är rapporterat som verkställt och avser särskilt boende. Övriga beslut är fortsatt ej verkställda och avser insatsen särskilt boende för äldre och korttidsboende. Dröjsmålet med verkställighet är i dessa beslut inte relaterade till covid-19. I samtliga ärenden har den enskilde erbjudits plats på särskilt boende och korttidsplats i Håbo kommun men har tackat nej och vill avvakta av olika personliga skäl.

### **Beslut enligt LSS**

För kvartal två har totalt 14 beslut rapporterats in inom LSS, varav sex av dem är nya för denna rapporteringsperiod. Av samtliga inrapporterade beslut är det totalt 14 som vid rapporteringen är fortsatt ej verkställda. Besluten avser insatserna korttidsvistelse, avlösarservice, ledsagarservice, boende vuxna och daglig verksamhet. I majoriteten av besluten som inte är verkställda beror dröjsmålet på att enskilda tackat nej till erbjudande alternativt att det är svårt att hitta lämpliga uppdragstagare som kan matcha

den enskildes behov. Från föregående inrapporteringsperiod har en ökning av ej verkställda beslut skett främst för insatsen avlösarservice.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Inspektionen för vård- och omsorg, IVO, har rätt i enlighet med 28 a § LSS, att ansöka om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten där det dröjt oskäligt lång tid att verkställa beslut för enskild. Den särskilda avgiften varierar beroende på insatsens karaktär och omfattning, samt utifrån hur långt dröjsmålet är. Nämnden har tidigare yttrat sig till IVO i ett ärende avseende ej verkställt beslut om insatsen kontaktperson enligt LSS. IVO har därefter ansökt hos förvaltningsrätten i Uppsala om särskild avgift. IVO yrkar i sin ansökan att förvaltningsrätten beslutar att Håbo kommun ska betala en särskild avgift om 28 100 kronor. IVO anger som grund att Håbo kommun har dröjt oskäligt lång tid med att verkställa ett beslut om insats och att kommunen därför ska åläggas att betala en särskild avgift enligt 28 a § första stycket lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I yttrandet till förvaltningsrätten framförs att nämnden går med på vad som begärs i ansökan och att nämnden inte har något mer att tillägga målet. Förvaltningsrätten bifaller den 2022-07-20 IVO´s ansökan och tilldömer nämnden en särskild avgift på 28 100 kr.

### **Uppföljning**

Nuvarande och eventuellt kommande förändringar i verkställigheten följs upp på individnivå.

Socialförvaltningen  
Förvaltningschef  
Erik Johansson, Socialchef

erik.johansson@habo.se

## **Meddelande om ändrat lokalbehov**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att meddela kommunstyrelsen att nämnden har ett ändrat lokalbehov i enlighet med detta beslut.
2. Nämnden ger förvaltningschef i uppdrag att av fastighetsenheten beställa inhyring av lämplig temporär lösning för att tillgodose lokalbehoven för att bedriva korttidsverksamhet, öppen träffpunkt samt medicinsk fotvård, under tiden fastigheterna på Plommonvägen 2 och 4 renoveras och byggs om.

### **Sammanfattning**

Äldreboendet på Plommonvägen 2 och 4 flyttade i februari 2022 till det nya äldreboendet på Västerhagsvägen. Samtliga lokaler på Plommonvägen, 2, 4, 6, 8 och 10 hyrs idag av kommunen genom ett så kallat blockförhyrningsavtal. Vård- och omsorgsnämnden är intern hyresgäst och hyr lokalerna av kommunens fastighetsavdelning.

Efter att det särskilda boendet för äldre flyttat har Vård- och omsorgsnämnden inte längre behov av att fortsatt hyra de lokaler som utgjorde det särskilda boendet. Nämnden har ett behov av att fortsatt hyra lokaler för somatiskt korttidsboende för äldre, korttidsboende för personer med demenssjukdom samt lokal för öppen träffpunkt för äldre och lokal för fotvård.

Kommunstyrelsen beslutade i september 2022 att anta utredningsdirektiv för utredningen, Vad som är bäst för våra äldre i Håbo kommun, § 257 Dnr 2022/00177. Utredningen ska presentera förslag på hur Plommonvägen 2 och 4 kan användas för att tillgodose behovsområden inom Strategin för hälsosamt åldrande, KS 2019/00302 nr 100163, och andra samhällsviktiga användningsområden. Vård- och omsorgsnämndens framtida behov av lokaler ska utgöra del i ovan utredning.

För att de beslut som utredningen leder till gällande omdaning av Pomona ska kunna påbörjas, behöver kommunstyrelsen hantera kontraktssituationen med Håbohus med god framförhållning.

För att kommunstyrelsen ska kunna ta ställning till fortsatt hantering av blockförhyrningsavtalet behöver nämnden meddela kommunstyrelsen sitt nuvarande lokalbehov.

När nuvarande blockförhyrningsavtal övergår Plommonvägen 8 och 10 i Håbohus regi för fortsatt användning som seniorlägenheter i enlighet med de villkor som tillämpas idag. Håbohus tar över administrationen av lägenhetsförmedling, hyreshantering och det som i vanliga fall åligger en hyresvärd.

**Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser för vård- och omsorgsnämnden.

**Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

**Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

**Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning.

**Beslutsunderlag**

– Denna tjänsteskrivelse nr 6178, daterad 2022-09-19

---

**Beslut skickas till**

Fastighetschef  
Kommunstyrelsen

**Upphandlande organisation**

Upphandling

**Upphandling**Bygg- och projektledare till projekt nybyggnation  
UH-22-32702**UPPHANDLINGSDOKUMENT LÄSKOPIA****Anbudsformulär**

Följande är en läskopia av det strukturerade anbudsformuläret.

**1 Allmän orientering**

Håbo kommun ska uppföra ett nytt äldreboende med 40 boendeplatser i centrala Bålsta. Entreprenaden kommer att genomföras som en totalentreprenad i samverkan mellan Håbo kommun och Peab Sverige AB. Till projektet söker vi nu en konsult som ska fungera som projektledare, bygglärdare och installationssakkunnig.

Handlingar som ingår i denna förfrågan är:

- Detta anbudsformulär
- AF daterad 2020-04-20
- Utkast uppdragsavtal.

**1.1 Projektbeskrivning**

Äldreboendet omfattar fyra avdelningar med totalt 40 boendeplatser. Varje avdelning består av 10 lägenheter. Angöring kommer att ske från Åsleden. Närmast den planerade parkeringen kommer en entrébyggnad att ligga. Denna byggnad är i två plan och ligger i souterräng och tar på så sätt upp den nivåskillnad som finns på den aktuella fastigheten. Entrébyggnaden innehåller reception, personalutrymmen, café, gästlägenhet, städutrymmen, frisor/fotvård, ett enklare mottagningskök och teknikutrymmen. På vinden planeras lägenhetsförråd att placeras. Från entrébyggnaden sträcker sig en central kommunikationsgata som leder till de olika avdelningarna. Avdelningarna är grupperade parvis med gemensamma utrymmen för kök, tvätt, soprum mm för att optimera och underlätta en effektiv bemanning. Varje avdelning har egna gemensamma utrymmen som samlingsrum och matplats. Ett antal innergårdar planeras för att möjliggöra utomhusvistelse och aktiviteter i en säker miljö. Samtliga avdelningar ska vara möjliga att avgränsa vid behov. Lägenheterna är ca 32 kvm och utformas med kök, pentry och sov/vardagsrum. Äldreboendet ska uppföras i formen av "demensbykaraktär". Ytor enligt framtaget förfrågningsunderlag uppgår till ca 4.200 kvm BTA. I projektet ingår även rivning av den befintliga byggnad som i dagsläget finns på den aktuella fastigheten.

Inget svar krävs

**1.2 Uppdragsbeskrivning**

Konsulten ska representera Håbo kommun i rollen som projektledare, bygglärdare och installationssakkunnig.

I uppdraget ingår att kunna arbeta självständigt i ovanstående roller. Vara länken mellan entreprenör och kommunens organisation. I uppdraget ingår att aktivt delta i planering, projektering, genomförande, färdigställande, driftsättning och överlämnande.

Uppdraget omfattar uppföljning och styrning gällande projektering, teknik, installationer, ekonomi och produktion. Uppdraget kommer att kräva stor närvaro på den fysiska byggarbetsplatsen under byggfasen.

Inget svar krävs

**1.3 Omfattning**

Uppdragets omfattning *bedöms* till mellan 50-75% av en heltidstjänst.

Beställaren garanterar inte ett visst antal timmar utan angiven konsult förutsätts leverera erforderligt antal timmar i projektet och utifrån det faktiska behov som uppstår. Behovet kan både bli större och mindre samt variera efter tid.

Inget svar krävs

**Upphandlande organisation**

Upphandling

**Upphandling**Bygg- och projektledare till projekt nybyggnation  
UH-22-32702**1.4 Sammanställning över ändringar**

De ändringar som sammanställts under AUC.111 i de Administrativa föreskrifterna daterade 2020-04-22 gäller för uppdraget.

Inget svar krävs

**2 Beställarens kravprofil**

Kommunen söker en senior konsult med bred erfarenhet.

Konsult ska redovisa tidigare erfarenheter:

1. Erfarenhet som projektledare
2. Erfarenhet som byggladare
3. Erfarenhet som installationssamordnare/installationssakkunnig
4. Erfarenhet av projektering
5. Erfarenhet av projekt avseende vård- och omsorgsboenden
6. Erfarenhet av projekt där en kommun varit byggherre.

**2.1 Erfarenhet som projektledare**

Anbudsgivaren ska nedan eller i separat bilaga redovisa konsultens samlade erfarenhet som projektledare i byggprojekt (ej rena markentreprenader).

För varje angivet uppdrag kan kommunen komma att begära in kompletterande information såsom t.ex. referensperson, kontaktuppgifter, tid för utförande etc. Anbudsgivaren ska vara beredd att inkomma med begärda uppgifter inom tre arbetsdagar efter kommunens begäran.

Skakrav

Svarsalternativ	Värde
Konsultens erfarenhet är redovisad	

**2.2 Erfarenhet som byggladare**

Anbudsgivaren ska nedan eller i separat bilaga redovisa konsultens samlade erfarenhet som byggladare i byggprojekt (ej rena markentreprenader).

För varje angivet uppdrag kan kommunen komma att begära in kompletterande information såsom t.ex. referensperson, kontaktuppgifter, tid för utförande etc. Anbudsgivaren ska vara beredd att inkomma med begärda uppgifter inom tre arbetsdagar efter kommunens begäran.

Skakrav

Svarsalternativ	Värde
Konsultens erfarenhet är redovisad	

**Upphandlande organisation**

Upphandling

**Upphandling**Bygg- och projektledare till projekt nybyggnation  
UH-22-32702**2.3 Erfarenhet som installationssamordnare**

Anbudsgivaren redovisar nedan eller i separat bilaga konsultens samlade erfarenhet i roller som installationssamordnare och/eller installationsakkunnig.

Kommunen kan komma att begära in kompletterande information såsom t.ex. referensperson, kontaktuppgifter, tid för utförande etc. Anbudsgivaren ska vara beredd att inkomma med begärda uppgifter inom tre arbetsdagar efter kommunens begäran.

Skakrav

Svarsalternativ	Värde
Konsultens erfarenhet är redovisad	

**2.4 Erfarenhet av projektering**

Anbudsgivaren redovisar nedan eller i separat bilaga konsultens samlade erfarenhet av projektering. Erfarenhet kan ha erhållits i rollen som projekteringsledare, projektör eller i annan funktion där konsulten deltagit i projekteringsprocessen.

Kommunen kan komma att begära in kompletterande information såsom t.ex. referensperson, kontaktuppgifter, tid för utförande etc. Anbudsgivaren ska vara beredd att inkomma med begärda uppgifter inom tre arbetsdagar efter kommunens begäran.

Skakrav

Svarsalternativ	Värde
Konsultens erfarenhet är redovisad	

**2.5 Erfarenhet av byggprojekt omfattade ny eller ombyggnation av vård- och omsorgsboenden**

Vi ser gärna att den konsult som offereras har tidigare erfarenhet från byggprojekt omfattande ny eller ombyggnation av vård- och omsorgsboenden.

Erfarenheten kan ha erhållits genom arbete i någon av de roller/funktioner som listats ovan i 2.1-2.4.

Anbudsgivaren redovisar konsultens samlade erfarenhet av denna typ av projekt nedan eller i separat bilaga. Lämnade uppgifter ska på begäran kunna verifieras genom t.ex. referenser.

Börkrav

Svarsalternativ	Värde
Erfarenhet som vill åberopas är redovisad	0

**2.6 Erfarenhet av byggprojekt med kommun som byggherre**

Vi ser gärna att den konsult som offereras har tidigare erfarenhet från byggprojekt där en kommun varit byggherre. Erfarenheten kan ha erhållits genom arbete i någon av de roller/funktioner som listats ovan i 2.1-2.4.

Anbudsgivaren redovisar konsultens samlade erfarenhet av denna typ av projekt nedan eller i separat bilaga. Lämnade uppgifter ska på begäran kunna verifieras genom t.ex. referenser.

Börkrav

Svarsalternativ	Värde
Erfarenhet som vill åberopas är redovisad	0

**3 Tider**

Uppdraget ska kunna påbörjas snarast efter kontraktsskrivning. Äldreboendet är planerat att vara färdigställt Q1 2024.



**Upphandlande organisation**

Upphandling

**Upphandling**

Bygg- och projektledare till projekt nybyggnation

UH-22-32702

---

**4 Ansvar**

Enligt AF dat. 2020-04-22.

**5 Ekonomi****5.1 Ersättning**

Uppdraget ersätts rörligt med ett **fastställt timarvode på 1 100 kronor.**

Indexreglering av timarvodet under uppdragstiden kommer inte att ske.

Ersättning för resor och/eller restid till/från Bålsta medges inte och inte heller någon annan särskild ersättning enligt ABK 09 kap 6 § 5.

Inget svar krävs

**6 Anbudsutvärdering**

Anbud kommer enbart att utvärderas utifrån kriteriet kvalitet, detta då timarvodet redan är fastställt enligt punkten 5.1.

Beställaren gör en samlad bedömning av konsultens erfarenhet så som redovisats i anbud.

Den anbudsgivare som kan erbjuda den konsult som **bäst** svarar upp mot beställarens kravprofil kommer att tilldelas kontraktet, detta under förutsättning att anbudsgivaren fortsatt uppfyller kraven för deltagande i DIS:et d.v.s. registrering, ekonomisk stabilitet, betalning av skatter och avgifter.

**6.1 Tilldelningsbeslut och kontrakt**

Tilldelningsbeslut meddelas samtliga anbudsgivare genom Kommers.

Avtalsspärr kan komma att tillämpas detta kommer tydligt att framgå av meddelandet om tilldelning.

Civilrättsligt bindande avtal föreligger först efter att båda parter signerat uppdragsavtalet.

Inget svar krävs

Socialförvaltningen  
Förvaltningschef  
Erik Johansson, Socialchef

erik.johansson@habo.se

## **Äldreboende 2024**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden hemställer hoskommunfullmäktige om utökning av redan beviljad investeringsram till totalt 149,5 miljoner kronor för uppförande av det projekterade äldreboende som ska stå klart 2024.

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden har sökt och tidigare beviljats investeringsbudget, kommunfullmäktige §4 2021-02-22, om 121 miljoner kronor för uppförande av kommunens nästa äldreboende. Nu har samhällsbyggnadsförvaltningen lämnat över upphandlad entreprenörs projektbudget till vård- och omsorgsnämnden.

Projektbudgeten är angiven till 149,5 miljoner kronor. De ökade kostnaderna om 28,5 miljoner kronor beror på den kraftiga prisutvecklingen det senaste året.

Förvaltningens representant och byggprojektledaren har tillsammans med upphandlad entreprenör arbetat om systemhandlingen och hittills hittat besparingsförslag som bedöms kunna uppgå till ca 1,7 miljoner kronor. Den ökade ramen inkluderar dessa besparingar.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Begäran innebär en ökning av kommunens investeringsbudgeten om 28,5 miljoner kronor.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Projektets utveckling följs under punkten förvaltningen informerar på nämndens kommande sammanträden.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6498, daterad 2022-09-21
- Presentation projektbudget, dok. Nr. 6499, daterad 2022-09-06

### **Beslut skickas till**

Kommunstyrelsen  
Ekonomichef  
Samhällsbyggnadsförvaltningen

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens kansli  
Wilma Karlsson, Nämndsekreterare

wilma.karlsson@habo.se

## **Information från förvaltningen**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden tackar för informationen.

### **Sammanfattning**

"[Sammanfattningen ska vara en kort summering av ärendet och beslutet]"

### **Ärendet**

Socialförvaltningen presenterar aktuell information till vård- och omsorgsnämnden.

### **Avdelningen för stöd till barn, unga och vuxna**

Information köläget

### **Avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri**

Lex Sarah Sjövägen  
Brukarundersökning

### **Avdelningen för hemtjänst och personlig assistans**

Lägesuppdatering hemtjänsten

### **Avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet**

### **Gemensam förvaltningsinformation**

Redovisning delegationsbeslut Treserva  
Rekryteringar  
Äldreomsorg på finska

### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse nr 6477, daterad 2022-09-13
- Uppdrag och verkställighet, daterad 2022-09- xx

---

### **Beslut skickas till**

## Uppdrag och verkställighet - Dec 2022 (Vård- och omsorgsnämnden inkl. underliggande)

Uppdrag/verkställighet	Uppdragsgivare	Uppdragstagare	Ansvarig	Status + Kommentar
<p><b>Uppdrag avseende psykosocial arbetsmiljö inom vård och omsorg</b> (Kommunstyrelsen)                      Ärendenummer 2020/00186                      Beslutsdatum 2020-06-01 § 139</p> <p>1. Kommunstyrelsen uppdrar till förvaltningen att säkerställa att den psykosociala arbetsmiljön tas i beaktande och att stöd tas med framåt för personal inom vård och omsorg.</p>	Kommunstyrelsen	<b>Kommunstyrelsens förvaltning</b>	Erik Johansson, Louise Ollivier	
<p><b>Översyn av tillgänglighet och begränsningsåtgärder i demensverksamheterna</b> (Vård- och omsorgsnämnden)                      Diarienummer 2019/00062                      Beslutsdatum 2019-11-05 § 112                      Förvaltningen får i uppdrag att utreda möjligheten att öka tillgängligheten och minska begränsningsåtgärder i verksamheter för personer med demenssjukdom</p> <p>Beslutsdatum 2022-02-22 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att tillsammans med fastighetsavdelningen genomföra en förstudie gällande miljön på Solängens särskilda boende.                      Beslutsdatum 2022-04-05 1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens förslag på planerade åtgärder för att minska tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheter för personer med demenssjukdom.                      2. Vård- och omsorgsnämnden godkänner angiven tidsplan för planerade åtgärder.</p> <p>Med anledning av ovanstående avbryts uppdraget - Fördjupad utredning av tillgänglighetsanpassning på Solängen                      Diarienummer 2019/00013                      Beslutsdatum 2019-11-05 § 113</p> <p>Beslutsdatum 2022-08-30 § 79                      1. Vård- och omsorgsnämnden noterar informationen                      2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att fortsätta utreda möjligheten att utöka tillgängligheten till utemiljön på Solängen.                      3. Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen att återkomma med lägesrapport till nämnden i december 2022.</p>		<b>Socialförvaltningen</b>	Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge:</b></p> <p><b>Mottagen, utredning igångsatt. Förslagna åtgärder presenterade till FC och godkända. Planering pågår med berörd avdelningschef. Skrivarbete påbörjat</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: Anmält till VON april nämnd med återrapportering till nämnd juni 2023. Lägesrapport VON december 2022</b></p>
<p><b>Motion: Utveckla LOV i Håbo</b> (Vård- och omsorgsnämnden)                      Ärendenummer: 2021/100                      Beslutsdatum: 2021-02-22 § 22</p> <p>Kommunfullmäktige beslutar att överlämna motionen till kommunstyrelsen för beredning</p>	Kommunfullmäktige	<b>Kommunstyrelsen</b>	Erik Johansson	
<p><b>Medborgarförslag: Ett äldreboende för finsktalande äldre i Håbo</b> (Vård- och omsorgsnämnden)                      Diarienummer: 2021/00394                      Beslutsdatum: 2021-11-08 § 129</p> <p>Kommunfullmäktige beslutar att överlämna medborgarförslaget till vård- och omsorgsnämnden för beredning och beslut.</p>	Kommunfullmäktige	<b>Vård- och omsorgsnämnden</b>	Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge: Mottagen, utredning igångsatt</b></p> <p><b>Handläggare: Sarah Wenne</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: Anmält till VON aprilnämnd. Separat ärende för beslut om fördjupad utredning med återrapportering kvartal 1 2023.</b></p>

Uppdrag/verkställighet	Uppdragsgivare	Uppdragstagare	Ansvarig	Status + Kommentarer
<p><b>Strategi för hälsosamt äldre i Håbo 2022-2025</b> (Vård- och omsorgsnämnden)  Diarienummer: 2019/00302  Beslutsdatum: 2021-11-08 §144</p> <p>Kommunfullmäktige beslutar att uppdra till samtliga nämnder att genomföra uppdragen i Strategi för ett hälsosamt äldre enligt bilaga 1.</p>	Kommunfullmäktige	<b>Kommunstyrelsen, Vård- och omsorgsnämnden, Socialnämnden, Kultur- och fritidsnämnden, Bygg- och miljönämnden, Barn- och utbildningsnämnden</b>	Erik Johansson, Jytte Rudiger, Stefan Grybb, Mats Eriksson, Marie Lundqvist	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge: Mottaget</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: Löpande arbete</b></p>
<p><b>Motion: Nytt flyktingpolitiskt program</b> (Vård- och omsorgsnämnden)  Dnr: 2022/1009  KF 2022-06-13 §87  Diarienummer: VON 2022/00052</p>	Kommunfullmäktige		Erik Johansson, Jytte Rudiger, Stefan Grybb	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge:</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: VON oktober 2022</b></p>
<p><b>Hyresmodell vård- och omsorgsboenden</b> (Vård- och omsorgsnämnden)  Ärendenummer VON 2021/00018  beslutsdatum 2021-04-06 § 24 1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att i samverkan med kommunens fastighetsavdelning ta fram ett förslag till hyressättningsmodell för kommunens vård- och omsorgsverksamheter.  2. Modellen ska vara klar att ta i bruk 2022</p>	Nämnd	<b>socialförvaltningen</b>	Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge:</b></p> <p><b>Handläggare: Sandra Sabel</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: VON november 2022</b></p>
<p><b>Utredning hemvårdsbidrag (Utredning anhörigpeng)</b> (Vård- och omsorgsnämnden)  Ärendenummer VON 2020/00044  Beslutsdatum 2020-09-29 § 78 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att utreda möjligheten att införa någon form av anhörigpeng till anhöriga som vårdar en närstående i hemmet.  Beslutsdatum 2021-04-06 § 25 1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att på försök införa insatsen hemvårdsbidrag  2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att försöket ska pågå 2021-07-01 till 2022-07-01. En utvärdering ska göras efter 6 respektive 12 månader.  Beslutsdatum 2022-01-25 §3 1. Vård- och omsorgsnämnden noterar förvaltningens utvärdering av insatsen hemvårdsbidrag.  2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att försöksperioden för insatsen hemvårdsbidrag förlängs till och med 2022-10-31</p> <p>Beslutsdatum 2022-08-30 § 78  1. Vård- och omsorgsnämnden noterar förvaltningens slutliga utvärdering av insatsen hemvårdsbidrag.  2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att förlänga försöksperioden till 2022-11-30.  3. Vård- och omsorgsnämnden hemställer hos kommunfullmäktige att insatsen hemvårdsbidrag permanentas i verksamhet enligt förvaltningens förslag.  4- Vård- och omsorgsnämnden beslutar, vid ett bifall från kommunfullmäktige, att förslagna åtgärder vidtas av förvaltningen i samband med att insatsen permanentas och att hemvårdsbidrag fortskrider efter försöksperiodens slut samt implementeras i ordinarie verksamhet.</p>	Nämnd	<b>Socialförvaltningen</b>	Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge:</b></p> <p><b>Handläggare: Sarah Wenne</b></p> <p><b>Estimerad tidplan:</b></p>

Uppdrag/verkställighet	Uppdragsgivare	Uppdragstagare	Ansvarig	Status + Kommentar
<p><b>Utredning av fixartjänst för personer under 65 år (Vård- och omsorgsnämnden)</b>  Arendenummer VON 2020/00043  Beslutsdatum 2020-09-29 §77 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att utreda möjligheten att utvidga målgruppen för den så kallade fixartjänsten, att även omfatta personer under 65 år.  Beslutsdatum 2021-04-06 1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att på försök utöka målgruppen för fixartjänsten till att också omfatta personer under 65 år med en funktionsnedsättning som medför en ökad fallrisk.  2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att utökningen av målgruppen ska gälla under ett år och följas upp efter sex månader och utvärderas efter tolv månader.  3. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ändringen träder i kraft när fixartjänsten åter öppnar.</p>	Nämnd	<b>Socialförvaltningen</b>	Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge:</b></p> <p><b>Handläggare: Sarah Wenne</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: VON oktober 2022, februari 2023</b></p>
<p><b>Utredning hemtjänst och hemsjukvård (Vård- och omsorgsnämnden)</b>  Arendenummer VON 2021/00033  Beslutsdatum 2021-05-11 § 41 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att återkomma med förslag på utredningsdirektiv för att genomföra en översyn av avtalsvillkor, riktlinjer och ersättningsmodell för hemtjänst och hemsjukvård.  Beslutsdatum 2021-08-31 § 60 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att genomföra en översyn i enlighet med förvaltningens tjänsteskrivelse nr 5420 och återkomma med förslag på åtgärder.</p>	Nämnd	<b>Socialförvaltningen</b>	Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge:</b></p> <p><b>handläggare: Sandra Sabel</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: december 2022</b></p>
<p><b>Motion: Tillagningskök (Vård- och omsorgsnämnden)</b>  2022/01015  KF 2022-06-13 §93  Arendenummer VON 2022/00058</p>	Kommunfullmäktige	<b>Kommunstyrelsen</b>	Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge:</b></p> <p><b>Handläggare: Sarah Wenne</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: VON oktober 2022</b></p>
<p><b>Motion: Satsningar inom vård och omsorg (Vård- och omsorgsnämnden)</b>  Arendenummer VON 2021/00094</p>	Nämnd		Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge:</b></p> <p><b>Handläggare: Erik Johansson</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: VON november 2022</b></p>

Uppdrag/verkställighet	Uppdragsgivare	Uppdragstagare	Ansvarig	Status + Kommentar
<p><b>Distanslarm (Vård- och omsorgsnämnden)</b>  Arendenummer VON 2021/00109  Beslutsdatum 2021-12-14 § 112 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att se över om det går att utöka räckvidden för larm utanför bostaden och att förvaltningen ska återkomma med svar under första halvåret år 2022.  Beslutsdatum 2022-05-03 § 39 Vård- och omsorgsnämnden tackar för informationen  Beslutsdatum 2022-06-14 § 57 1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att fortsätta utreda ett möjligt införande av distanslarm.  2. Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att återkomma med förslag på en övergångslösning för brukare inom hemtjänsten till nämnden i augusti.</p> <p>Beslutsdatum 2022-08-30 § 80  1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens tidsplan för fortsatt utredning av ett möjligt införande av distanslarm.  2. Vård- och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens förslag på temporär lösning gällande distanslarm.</p>	Nämnd	socialförvaltningen	Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge:</b></p> <p><b>Handläggare: Sarah Wenne</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: VON hösten 2024</b></p>
<p><b>kartläggning av framtida behov av äldreomsorg för finsktalande personer (Vård- och omsorgsnämnden)</b>  Arendenummer VON 2022/00022  Beslutsdatum 2022-04-05 §29 Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt socialförvaltningen att tillsammans med ansvarig för finskt förvaltningsområde genomföra en fördjupad kartläggning kring efterfrågan och kommande behov av äldreomsorg för finsktalande personer i Håbo</p>	Nämnd	Socialförvaltningen	Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge:</b></p> <p><b>Handläggare: Sarah Wenne</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: Uppföljning VON kvartal 1 år 2023</b></p>
<p><b>Utredning utveckla språkfärdigheter inom SÄBO och hemtjänst (Vård- och omsorgsnämnden)</b>  Arendenummer VON 2022/00041  Beslutsdatum 2022-04-05 § 36 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att utreda införandet av språktest som komplettering till socialstyrelsens allmänna råd. Utredningen ska även belysa möjligheterna för anställda på SÄBO och inom hemtjänst att vid behov utveckla sina språkfärdigheter i svenska på betald tid. Utredningen ska, utöver tillsvidareanställda, även omfatta anställda vikarier och inhyrd personal. KPR och KFR ska vara remissorgan för utredningen. Förvaltningen ska återkomma med tidsplan för utredningen under nästa sammanträde.</p> <p>Beslutsdatum 2022-06-14 § 56 1. Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen och godkänner förvaltningens tidsplan för utredning.  2. Vård- och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens förslag att i avvaktan på socialstyrelsens utredning, gällande språkbedömningsstöd, införa interna språktester som ett komplement vid nyrekrytering.</p>	Nämnd	Socialförvaltningen	Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge: Interna språktester förväntas vara klara kvartal två år 2022.</b></p> <p><b>Handläggare: Sarah Wenne</b></p> <p><b>Estimerad tidplan: VON hösten 2023</b></p>
<p><b>Anskaffa cykelgarage (Vård- och omsorgsnämnden)</b>  Arendenummer VON 2022/00042  Beslutsdatum 2022-05-03 § 48 Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt förvaltningen att anskaffa cykelgarage eller motsvarande för parcykel i anslutning till SÄBO Västerhagsvägen. Tillfällig uppställningsplats i kommunförrådet eftersträvas om cykelgaraget inte kan stå klart före 15/6 2022. Vid behov samverkas det med pensionärsföreningarnas kontaktperson i cykelärendet.</p>	Nämnd	Socialförvaltningen	Erik Johansson	<p><b>Uppdragets/verkställighetens nuläge: Önskemål om lokalförändring inskickad 2022-05-17</b></p> <p><b>Handläggare: Cecilia Åkerlund</b></p> <p><b>Estimerad tidplan:</b></p>

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens kansli  
Wilma Karlsson, Nämndsekreterare

wilma.karlsson@habo.se

## **Redovisning av anmälningsärenden**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att anmälningsärendena för perioden 2022-08-30 – 2022-10-03 är redovisade

### **Sammanfattning**

Nämndens politiker ska ges möjlighet att ta del av inkomna handlingar, såsom beslut från kommunstyrelse, fullmäktige, domar, begäran om yttranden, synpunkter och andra skrivelser och dokument av större vikt.

Mot bakgrund av ovan kan nämndens politiker löpande ta del av inlagda handlingar i Assistenten. Perioden löper mellan datumen för nämndens sammanträden och läggs löpande in till VON Anmälningsärenden fram till dagen före nämndsammanträdet. Handlingar fylls löpande på i Assistenten, VON Anmälningsärenden fram till periodens slut. Respektive handling kommer sen att redovisas i vård- och omsorgsnämndens protokoll. Se nedan:

2022/00067 Behov av höjda ersättningar i omsorgen – skrivelse från vårdföretagarna

6492 Handlingar för ärende 202201197, Förändrad politisk organisation samt arvodesregler för mandatperioden 2023-2026

6501 Protokoll SocSam 2022-08-23.pades

6504 VB: Skrivelse från Vårdföretagarna om Styrelse och upphandlad verksamhet inom vård och omsorg

### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse nr 6481, daterad 2022-09-13



Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens kansli  
Wilma Karlsson, Nämndsekreterare

wilma.karlsson@habo.se

## **Redovisning av delegationsbeslut**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att delegationsbeslut för perioden 2022-08-09 – 2022-09-12 är redovisade.

### **Sammanfattning**

Delegationsbeslut att redovisa för perioden:

Protokoll delegationsbeslut nr 6480 daterad 2022-09-13 – återrapporerade delegationsbeslut till förvaltningschef avseende enskilda ärenden för perioden 2022-08-09 – 2022-09-12.

Delegationsbeslut, ej allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande enligt Lex Sarah, Kärnhuset, grön, daterad 2022-08-18.

Delegationsbeslut, påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah, Sjövägen, daterad 2022-08-26.

### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse nr 6479, daterad 2022-09-13
- Protokoll delegationsbeslut nr 6480 daterad 2022-09-13- återrapporerade delegationsbeslut till förvaltningschef avseende enskilda ärenden för perioden 2022-08-09 – 2022-09-12



Socialförvaltningen  
Enligt vård- och omsorgsnämndens delegation

## Delegationsbeslut nr 6480 återrapportering

### Protokoll över återrapporterade delegationsbeslut i enskilda ärenden

#### Beslut

1. Förvaltningschef undertecknar protokollet att delegationsbesluten i gruppen bistånd enligt socialtjänstlagen är återrapporterade till förvaltningschef för perioden 2022-08-09 – 2022-09-12.
2. Protokollet anslås på kommunens digitala anslagstavla samt delges nämnden på kommande sammanträde.

#### Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2019-01-22 § 14 att utifrån kommunallagen 7 kap. 8 § överlåta återrapportering av myndighetsbeslut till förvaltningschef som i sin tur återrapporterar detta protokoll tillbaka till nämnden.

Förvaltningschef återrapporterar i sin tur detta protokoll tillbaka till nämnden.

#### Grupp av myndighetsbeslut att återrapportera till förvaltningschef:

Inleda och avsluta utredning, bostad med särskild service, boendestöd, särskilt boende, stödboende/placering, korttidsvistelse, korttidsboende, växelårdsboende, daglig verksamhet, dagverksamhet, sysselsättning, kontaktperson, personlig assistans, avlösarservice, hemtjänst, hemsjukvård, assisterad egenvård, färdtjänst, riksfärdtjänst, biståndsbedömt trygghetslarm, trygg hemgång, arbetsstödsinsats och avgiftsbeslut.

#### Beslutsunderlag

- De enskilda besluten återfinns i verksamhetssystemet Treserva för aktuell period, *sekretess*.

---

Detta protokoll delges som delegationsbeslut till vård- och omsorgsnämnden den 2022-10-04.

Protokollet signeras digitalt via systemet Verified av  
Förvaltningschef Erik Johansson



# Document history

COMPLETED BY ALL:

23.09.2022 09:15

SENT BY OWNER:

Wilma Karlsson · 13.09.2022 10:29

DOCUMENT ID:

BkDt1Tpgo

ENVELOPE ID:

BJ8KJaTes-BkDt1Tpgo

DOCUMENT NAME:

Delegation - Protokoll över återrapporterade beslut i enskilda ärenden, VON oktober.pdf

1 page

## Activity log

RECIPIENT	ACTION*	TIMESTAMP (CET)	METHOD	DETAILS
1. Erik Johansson	Signed	23.09.2022 09:15	Email	IP: 195.67.91.225
erik.johansson@habo.se	Authenticated	23.09.2022 09:14	Low	IP: 195.67.91.225

\* Action describes both the signing and authentication performed by each recipient. Authentication refers to the ID method used to access the document.

## Custom events

No custom events related to this document

Verified ensures that the document has been signed according to the method stated above. Copies of signed documents are securely stored by Verified.

To review the signature validity, please open this PDF using Adobe Reader.



GDPR compliant



eIDAS standard



PAdES sealed